



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

**Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação e Medidas Promotoras no Serviço
de Obstetrícia do Hospital de Beja**

Maria Eugénia Elias Anastácio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Orientadora:
Professora Maria da Luz Barros

Évora
2013

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

**Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação e Medidas Promotoras no Serviço
de Obstetrícia do Hospital de Beja**

Maria Eugénia Elias Anastácio

Relatório apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstetrícia

Orientadora:
Professora Maria da Luz Barros

Maio, 2013

AGRADECIMENTOS

Finda a realização deste relatório, não podemos deixar de frisar o nosso agradecimento à Professora Maria da Luz Barros pela disponibilidade e empenho demonstrados pela orientação do mesmo. O caminho foi longo e árduo, contudo, os saberes transmitidos e as orientações fornecidas tornaram-se peças-chave para que conseguíssemos explanar todas as experiências e reflexões de um modo claro e conciso.

Não podemos deixar de agradecer às colegas de serviço que sempre mostraram dedicação e disponibilidade para a implementação do projeto, tendo sido cruciais pelo apoio emocional e incentivo incutido ao longo deste percurso.

Deixamos a nossa gratidão à Administração do Hospital José Joaquim Fernandes pela prontidão que revelou na autorização das intervenções solicitadas.

Às senhoras (puérperas) que participaram no estudo manifestamos um agradecimento especial, já que sem a sua colaboração tudo isto não seria possível.

Por último, mas não menos importante, está a nossa família pela compreensão manifestada ao longo dos nossos períodos de ausência na sua vida.

RESUMO

Título: *Aleitamento materno: Diagnóstico de Situação e Medidas Promotoras no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja.*

O aleitamento materno é influenciado por diversos fatores entre os quais se destaca a aquisição de conhecimentos. Sendo um dos fatores mais críticos na prevalência da amamentação este relatório tem como finalidade a caracterização dos conhecimentos das puérperas sobre aleitamento materno, das experiências por elas vivenciadas e, consequentemente, a descrição de algumas medidas promotoras de aleitamento materno implementadas. A população-alvo da nossa intervenção foram as puérperas internadas no serviço de obstetrícia do Hospital de Beja. Na recolha de dados das necessidades da população-alvo utilizámos entrevistas e questionários. Os principais resultados obtidos nas entrevistas relacionaram-se com as dúvidas sobre o horário, duração da mamada, pega correta e superação de algumas dificuldades iniciais. A análise dos questionários permitiu-nos as seguintes conclusões: as puérperas reconhecem que o leite materno é o melhor alimento do recém-nascido; apresentam incertezas quanto à forma adequada de resolver a “subida” do leite e dúvidas relacionadas com o horário da mamada; não sabem o que fazer em caso de mastite; não sabem identificar sinais sugestivos de candidíase mamilar. As intervenções que desenvolvemos com vista à promoção do aleitamento materno no serviço foram: divulgação dos resultados da investigação qualitativa às colegas enfermeiras; realização de proposta escrita a solicitar o início do registo eletrónico do aleitamento materno na maternidade; elaboração e distribuição de folhetos informativos às puérperas. Esperamos que o relatório constituía um passo fundamental na motivação dos profissionais de saúde, principalmente das enfermeiras, no desenvolvimento de outras estratégias de apoio à amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Conhecimentos; Puérperas

ABSTRACT

Title: *Breastfeeding: Diagnosis of the Situation and Promoting Measures in the Service of Obstetrics at the Hospital of Beja.*

Breastfeeding is influenced by several factors among which stands out the acquisition of knowledge. Being one of the most critical factors in the prevalence of breastfeeding, this report has as purpose the characterization of knowledge of recent mothers on breastfeeding, the experiences they experienced and consequently the description of some breastfeeding promotion measures implemented. The target population of our intervention were recent mothers admitted in the obstetrics service of Hospital of Beja. In the data collection of the needs of the target population we have used interviews and questionnaires. The main results obtained in the interviews related to doubts about the time of feeding, breast correct handle and overcome some difficulties. The analysis of the questionnaires has enabled us to the following conclusions: recent mothers recognize that breast milk is the best food of the newborn; they show some uncertainty as to the appropriate way to resolve the "rise" of milk and questions related to the time of feeding; they don't know what to do in case of mastitis and also don't know how to identify signs suggestive of candidiasis nipple. The interventions that we developed to promote breastfeeding in our service were: communication of the results of the qualitative research to fellow nurses; conducting proposal writing to request the beginning of electronic registration of breastfeeding in maternity; preparation and delivering of brochures for the recent mothers. As far as we are concerned, we hope that the report constituted a fundamental step in the motivation of health professionals, especially nurses, to develop other strategies to support breastfeeding.

Key-words: Breastfeeding; Knowledges; Recent Mothers

ÍNDICE GERAL

1- INTRODUÇÃO	10
2- ANÁLISE DO CONTEXTO	13
2.1 – Caraterização do Ambiente de Realização do Estágio Final	15
2.2- Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos.....	16
2.3- Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências .	17
3- ANÁLISE DA POPULAÇÃO	20
3.1- Caraterização Geral da População.....	20
3.2- Cuidados e Necessidades Específicas da População-Alvo.....	22
3.3- Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo	28
3.4- Recrutamento da População-Alvo	30
4- ANÁLISE REFLEXIVA DOS OBJETIVOS	32
4.1- Objetivos da Intervenção Profissional.....	32
4.2- Objetivos a Atingir com a População-Alvo.....	33
5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	34
5.1- Fundamentação das Intervenções	34
5.2- Metodologias	36
5.3- Análise Reflexiva das Estratégias Acionadas.....	39
5.4- Recursos Materiais e Humanos Envolvidos	41
5.5- Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas.....	41
5.6- Análise da Estratégia Orçamental	42
5.7- Cumprimento do Cronograma.....	42
6- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	44
6.1 – Avaliação dos Objetivos	44
6.2- Avaliação da Implementação do Programa.....	45

6.3- Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas	
Introduzidas	46
7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E	
ADQUIRIDAS	47
8- CONCLUSÃO	48
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	58
APÊNDICE 1 - Pedido para Aplicação dos Instrumentos de Recolha de Dados	59
APÊNDICE 2- Evolução do Pedido de Aplicação dos Instrumentos de Recolha	
de Dados (E-Doc)	62
APÊNDICE 3 - Convite às Puérperas para Participação na Entrevista.....	64
APÊNDICE 4 - Guião da Entrevista.....	66
APÊNDICE 5 - Categorias para Tratamento dos Dados Qualitativos (Entrevistas)	
.....	70
APÊNDICE 6 - Questionário.....	72
APÊNDICE 7 - Tratamento dos Dados Quantitativos (questionários).....	80
APÊNDICE 8 - Plano da sessão- Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação	
no Serviço de Obstetrícia.....	103
APÊNDICE 9 - <i>Powerpoint</i> da Sessão- Aleitamento Materno: Diagnóstico de	
Situação no Serviço de Obstetrícia	106
APÊNDICE 10 – Comprovativo da Apresentação da Sessão- Aleitamento	
Materno: Diagnóstico de Situação no Serviço de Obstetrícia	119
APÊNDICE 11 - Contatos com a Direção Geral de Saúde	121
APÊNDICE 12- Circular Normativa de 26/DSR de 29/06/2010	123
APÊNDICE 13 - Proposta Escrita para Iniciar o Registo de Aleitamento Materno	
na Maternidade	125
APÊNDICE 14- Evolução do Pedido de Registo de Aleitamento Materno (E-	
Doc)	127

APÊNDICE 15 – Folheto: Amamentar o Seu Filho	131
APÊNDICE 16 – Registos Informáticos de Enfermagem (SAPE).....	134
APENDICE 17 - Cronograma de Atividades Final	138

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Hospital da Misericórdia	13
FIGURA 2: Hospital José Joaquim Fernandes.....	13
FIGURA 3: Distribuição do número de partos por ano.....	14
FIGURA 4: Distribuição do tipo de partos por ano (%)......	14
FIGURA 5: Distribuição do número de partos por concelho.....	15
FIGURA 6: Estrutura do espaço físico do Serviço de Obstetrícia (Piso 5).....	15
FIGURA 7: Registos de aleitamento materno nos hospitais por região de saúde	33

1- INTRODUÇÃO

Uma alimentação adequada é essencial para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de qualquer criança pelo que, esta, deve ter início desde o nascimento. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) recomenda o aleitamento materno exclusivo [AME] pelo menos até ao sexto mês de vida e extensível de preferência até aos dois anos de idade em simultâneo com uma alimentação complementar. Carvalho, Carvalho e Magalhães (2011) referem-se ao AME como o método em que o recém-nascido recebe apenas o leite materno através da amamentação ou com recurso a outro meio (biberão ou copo). Neste processo não recebe mais nenhum líquido ou sólido, à exceção de vitaminas, complementos minerais ou medicamentos. Os mesmos autores definem o aleitamento materno [AM] como o processo pelo qual o lactante recebe leite materno independentemente de consumir outros alimentos.

São mundialmente reconhecidos os benefícios do aleitamento materno a curto e longo prazo para a criança e para a mãe. De entre as diversas vantagens Levy e Bértolo (2012) destacam: a prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; o efeito imunológico; a prevenção da diabetes e de linfomas na criança; a promoção da involução uterina e a redução do risco de cancro da mama materno. Estudos realizados em países em desenvolvimento verificaram que o risco de mortalidade nos primeiros meses é 6 a 10 vezes maior em crianças que não foram alimentadas com leite materno (OMS, 2010).

Segundo Orfão (2012) a duração e prevalência do aleitamento materno no mundo apresentam variações significativas entre países e regiões. Estudos desenvolvidos em Portugal constataam que apesar de elevadas taxas de iniciação no AM (cerca de 90%), verificam-se quebras acentuadas ao longo do tempo, sendo que de acordo com Conceição, Figueiredo e Graça (2011) aos 6 meses a taxa de prevalência do aleitamento materno é de cerca de 30% e destes, apenas 20% correspondem a AME. No Alentejo cerca de 80% das mulheres iniciam o AME no período imediatamente ao nascimento, contudo, este valor desce para cerca de 64% aos 3 meses de vida da criança (Mendes & Zangão, 2010).

Perante este panorama de fraca adesão ao AM, o Ministério da Saúde imprime no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a necessidade de pelo menos 50% dos bebés serem amamentados até ao 3.º mês de vida (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004).

Simultaneamente, têm surgido várias iniciativas que fomentam a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, entre as quais se destaca o papel desenvolvido pela iniciativa- Hospitais Amigos dos Bebés [HAB].

A prática de aleitamento materno é influenciada por inúmeros fatores, entre os quais se salientam, os socioeconómicos, experiências pessoais, influências históricas e culturais, nível de educação, ação dos meios de comunicação e dos profissionais de saúde. De entre estes fatores Correia *et al.* (2005) destacam o nível educacional elevado e a experiência positiva de amamentação como os fatores que demonstram maior associação positiva com a prevalência do aleitamento materno.

Segundo Mannel, Martens e Walker (2011) o puerpério constitui uma etapa na vivência da maternidade que também ela influencia a prática de aleitamento materno, em que para além das alterações emocionais que suscita na mãe e exigências de adaptação a novos papéis, o próprio processo de lactação é acompanhado frequentemente de desconforto, não só pela “subida” do leite, como também pelo trauma ou surgimento de soluções de continuidade mamilar, levando muitas vezes a mulher a um contato mais dramático com o aleitamento materno.

Enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica [EESMOG] a nossa intervenção é fulcral junto das senhoras ao longo de toda a gravidez, parto e puerpério. Somos dotada de um conjunto de competências que nos permitem analisar o ambiente envolvente das senhoras, detetar as principais dificuldades e fomentar nelas o prazer em amamentar. A nossa atuação deve ter início logo no 3.º trimestre da gravidez, uma vez que é o momento ideal para a discussão sobre o regime alimentar da criança e avaliação da predisposição da grávida para a amamentação, conhecimentos apresentados e rede social de apoio existente. Durante o internamento na maternidade, torna-se imperativo cimentar os conhecimentos sobre aleitamento materno e ajudar na sua prática propriamente dita, uma vez que, o puerpério constitui o primeiro momento de confrontação com as dificuldades iniciais da amamentação. O apoio da EESMOG na promoção da segurança e autonomia da puérpera na prática de aleitamento materno, durante o pós-parto, é obrigatório e a preparação para alta deve ser contínua. Devido aos internamentos de curta duração no puerpério (em média de 48 horas), este período reveste-se num momento de extrema importância na aprendizagem da prática do aleitamento materno, sendo que deverão ocorrer análises pormenorizadas e particulares das necessidades de cada puérpera e intervenções em conformidade. O regresso ao domicílio é o período mais crítico na

manutenção do aleitamento materno, pelo que mais uma vez, a EESMOG desempenha um papel importante nessa transição podendo realizar visitas domiciliárias regulares.

Enquadrada nesta temática, a promoção e apoio na prática do aleitamento materno no serviço onde exercemos funções (obstetrícia) constitui um dos objetivos primordiais da nossa intervenção. A observação diária da prática do aleitamento materno em cada puérpera ocorre em simultâneo com o esclarecimento de algumas dúvidas. Este processo de análise e educação/encaminhamento na prática adequada do aleitamento materno estende-se desde o pós-parto imediato até ao dia da alta. Porém, apesar de todas as intervenções que desenvolvemos com vista ao aleitamento materno, verificámos que no dia da alta, quando os conhecimentos, segurança e autonomia na amamentação deviam estar já cimentados nas puérperas, somos confrontadas com dúvidas fundamentais sobre a amamentação. Esta situação sugere-nos que as informações transmitidas durante o internamento poderão não ser esclarecedoras para as utentes. Perante isto, consideramos que as informações sobre aleitamento materno adquirem extrema importância na preparação das puérperas para a amamentação.

Da situação acima descrita surgiu, então, este relatório que visou a caracterização dos conhecimentos e experiências das puérperas, internadas no nosso serviço, sobre AM e a descrição de algumas atividades desenvolvidas com vista à promoção da prática de AM.

O relatório apresentado foi estruturado segundo a Ordem de Serviço nº 14/2012 da Universidade de Évora [UE], respeitante ao regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre, em simultâneo com a Ordem de Serviço nº18/2010 da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD] referente ao regulamento do Relatório Final de Mestrado. As referências bibliográficas foram apoiadas nas normas da American Psychological Association [APA]. Para uma melhor compreensão e fundamentação das intervenções desenvolvidas foram adicionados alguns documentos da nossa autoria na secção final (Apêndices).

2- ANÁLISE DO CONTEXTO

O estágio final decorreu no Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes [HJJF] que integra a Unidade de Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. A ULSBA é constituída pelo Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), o Hospital de São Paulo (Serpa) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo. A área de influência da ULSBA coincide geograficamente com o distrito de Beja, estendendo-se por 10,266 Km², o que representa aproximadamente 11% da área total de Portugal (ULSBA, 2013). Segundo Censos de 2011 a população residente no Baixo Alentejo era de 126.692 habitantes que se estendem por 14 concelhos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013).

O HJJF foi construído em 1490 pelo Duque de Beja, D. Manuel, com a designação inicial de Hospital Grande de Nossa Senhora da Piedade. Nos seus primórdios contava apenas com 20 camas. Posteriormente, em 1564, D. João III devido à escassez de rendimentos para sustentar o funcionamento do hospital, anexa o Hospital à Misericórdia, surgindo assim o Hospital da Misericórdia (Figura 1), com um estilo Gótico-Manuelino. Este Hospital da Misericórdia funcionou nos primeiros séculos de vida, segundo os padrões da época com um papel assistencial e caritativo. O HJJF tal como o encontramos atualmente foi construído em 1970, por doação de terrenos de uma benfeitora e com uma lotação de 200 camas (Figura 2) (ULSBA, 2013).



FIGURA 1: Hospital da Misericórdia

[Fonte: ULSBA, 2013]



FIGURA 2: Hospital José Joaquim Fernandes

[Fonte: ULSBA, 2013]

O edifício central do HJJF é composto por sete pisos, nos últimos seis encontram-se os serviços de internamento, no piso do rés-chão localizam-se os serviços administrativos, imagiológicos, laboratórios, administração, consultas externas, entre outros. O piso -1, é composto pelo refeitório, lavandaria, casa mortuária, serviços de

aprovisionamento e farmacêuticos e anatomia patológica. O serviço onde desenvolvemos as nossas intervenções localiza-se no piso 5 do HJJF, ala direita. Sendo um serviço com várias valências, apenas restringimos a nossa atuação ao puerpério.

Através de consulta estatística realizada no site da intranet do HJJF, constatámos que nos últimos dois anos (2011 e 2012), o número de partos foi 1177 e 1207, respetivamente (Figura 3).

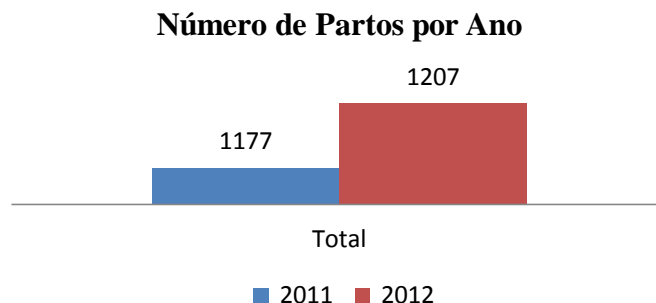


FIGURA 3: Distribuição do número de partos por ano.

Quanto aos tipos de partos nos últimos dois anos, concluiu-se pela análise da Figura 4, que os partos eutócicos ocorreram em maior número face aos restantes, tendo-se verificado um decréscimo nos partos distócicos (cesarianas e ventosas).

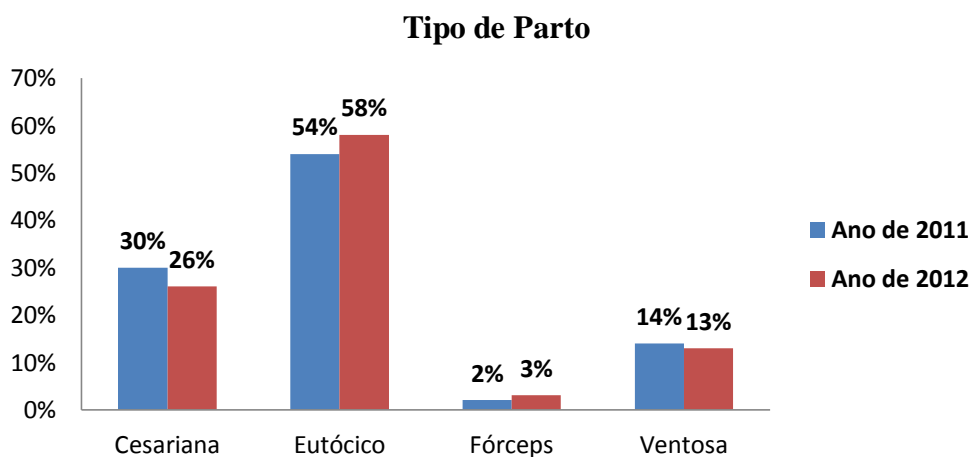


FIGURA 4: Distribuição do tipo de partos por ano (%).

Verificou-se também que nos últimos dois anos, as puérperas foram provenientes maioritariamente do concelho de Beja, Odemira e Moura (Figura 5).

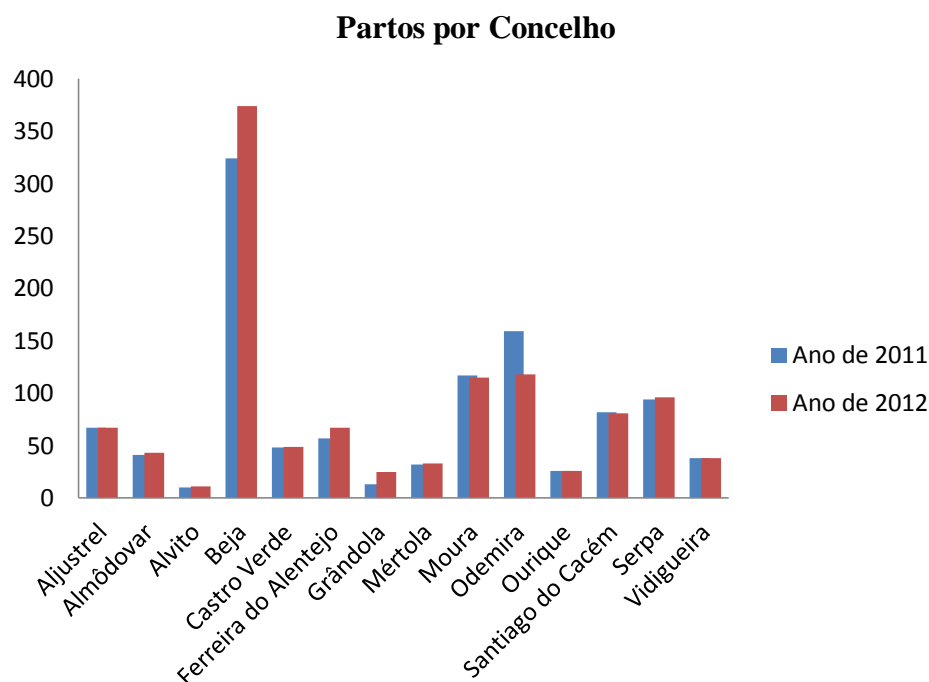


FIGURA 5: Distribuição do número de partos por concelho.

2.1 – Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

O serviço de obstetrícia comporta três valências: a urgência de obstetrícia e ginecologia; a sala de partos e o puerpério. A admissão de qualquer utente faz-se pela sala de urgência, sendo depois encaminhada para a sala de partos (se já estiver na fase ativa do trabalho de parto) ou para uma enfermaria de grávidas (se ainda estiver na fase latente). Depois do parto, as puérperas e recém-nascidos são encaminhados para as enfermarias onde permanecem em alojamento conjunto até ao momento da alta. Para uma melhor interpretação da constituição física do serviço, elaborámos o seguinte esquema (Figura 6).

PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	Sala de Urgência/ Admissão	Salas de Partos	Enfermaria de Grávidas	Quarto para Grávidas	Sala Polivalente	Enfermarias de Puérperas			Quarto com 2 camas (Puerpério)	Gabinete Médico
	Corredor									Gabinete do Registo Civil
	ENTRADA		Gabinete Enfermagem	Sala de Trabalho	Copa de Leite	Casa de Banho do Pessoal do Serviço	Casa de Banho das Utentes	Sala de Desinfecção		

FIGURA 6: Estrutura do espaço físico do Serviço de Obstetrícia (Piso 5)

O nosso serviço é, então, constituído pela sala de admissões; duas salas de partos; uma enfermaria de grávidas (três camas); um quarto (preferencialmente destinado ao internamento de grávidas com patologias e gestação igual ou superior a 18 semanas; grávidas com idade gestacional inferior a 18 semanas são internadas no serviço de ginecologia do piso 6); uma sala polivalente (para realização de cardiotocogramas, exames de diagnóstico e partos); quatro enfermarias de puérperas (total de 12 camas); um quarto (duas camas); um gabinete médico; um gabinete para a conservatória do registo civil; uma sala de desinfeção do material clínico; casa de banho para as utentes; uma casa de banho para o pessoal de serviço; um espaço reservado à administrativa do serviço; uma copa de leite (espaço para preparação de leite artificial e conservação de leite materno) e um gabinete de enfermagem. O puerpério, sendo o espaço onde preferencialmente desenvolvemos o nosso estágio tem a lotação de 14 camas (quatro enfermarias triplas e um quarto duplo). O tempo de internamento no puerpério varia consoante o tipo de parto, pelo que em média nos partos por via vaginal (eutócicos e distócicos) são 48h, e em caso de cesarianas o internamento pode prolongar-se até às 72h.

2.2- Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos

Segundo Chiavenato (1994, p. 69) “os recursos humanos, são as pessoas que ingressam, permanecem ou participam na empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa”. Desta forma a equipa de profissionais de saúde do serviço constitui os recursos humanos do mesmo. No que diz respeito aos profissionais de enfermagem, o serviço é dotado de 21 enfermeiras (onze enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia; nove enfermeiras de cuidados gerais; uma enfermeira chefe); nove médicos (um diretor clínico e oito médicos residentes); uma administrativa; onze assistentes operacionais; uma funcionária da limpeza; uma funcionária do registo civil a tempo parcial. De uma forma mais lata podemos incluir indiretamente outros profissionais de saúde no funcionamento habitual do nosso serviço, nomeadamente os de saúde infantil, ou seja, médicos pediatras e enfermeiros do serviço de neonatologia. A neonatologia é o principal serviço de apoio ao puerpério destinando-se à vigilância especializada do bem-estar dos recém-nascidos.

O turno da manhã, em média, comporta quatro enfermeiras na prestação de cuidados diretos (uma especialista para a sala de urgência/admissão; uma para a sala de

partos e duas de cuidados gerais para o puerpério); o turno da tarde é assegurado por três enfermeiras (duas especialistas na vigilância do trabalho de parto e uma generalista para o puerpério). O rácio no turno da noite é idêntico ao da tarde. Quanto à equipa médica, verifica-se a presença permanente de dois médicos que fazem jornadas de 24h.

O método de trabalho de enfermagem no serviço de obstetrícia é o método individual em que, tal como descrito por Costa (1999, p. 25) “...a totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afeta ao doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro...”. O referido autor acrescenta que “a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados” (p.25).

Chiavenato (1994) define os recursos materiais de uma organização, como os “recursos necessários para as operações básicas da empresa, seja prestar serviços especializados, seja produzir bens ou produtos” (p.68). O serviço encontra-se dotado de um modo geral de todos os equipamentos imprescindíveis a uma adequada vigilância da gravidez, trabalho de parto e parto (equipamentos eletrónicos: cardiotocógrafos, ecógrafos, detetor de batimentos cardio-fetais, monitores cardíacos, monitores de tensão arterial, boxe de reanimação do recém-nascido e equipamentos auxiliares: marquesas, etc.). No puerpério existem diversos materiais de apoio ao aleitamento materno, tais como: material para extração, manipulação e conservação de leite materno (bombas de extração automática; biberões, tetinas e copinhos); amostras de cremes protetores de mamilos; maleta com material de apoio à amamentação para realização de demonstrações às puérperas. A existência de televisões e leitores de DVD (*digital versatil disc*) em cada enfermaria de puerpério também contribui para a promoção da prática do aleitamento materno no serviço, uma vez que, permite a visualização de filmes didáticos sobre a temática.

2.3- Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

O puerpério, sendo o 4.º estadio do trabalho de parto é definido, por Strapasson e Nedel (2010), como o período gravídico-puerperal em que se verifica, no organismo da mulher, o retorno das modificações induzidas pela gravidez e parto ao estadio pré-gravídico. Tem o seu início imediatamente após o parto, com a expulsão da placenta e término imprevisto. Os mesmos autores relacionam o fim do puerpério com a amamentação. Pereira, Pereira, Silva e Cavalcante (2007), dividem o puerpério em três

períodos: o puerpério imediato, entre o 1.º ao 10.º dia; o puerpério tardio, do 11.º ao 42.º dia e o puerpério remoto a partir do 43.º dia após o parto. Numa perspectiva mais atual, Centeno (2010) e Fraser e Cooper (2010), estabelecem como limite superior para o puerpério seis semanas ou 40 a 42 dias.

A vivência da gravidez é um momento singular e especial na vida de cada mulher, sendo que após o seu término é que se podem constatar as alterações que daí decorrem na saúde da mulher. Progressivamente a imagem do corpo enquanto grávida esvanece e o corpo retoma o seu estado prévio à gravidez. Deste modo, quando se fala na vivência da gravidez, há que destacar as sucessivas transformações que ocorrem desde o momento da concepção até ao nascimento do novo ser. A adaptação à maternidade, o “ser puérpera”, implica a necessidade de adaptação física e emocional a todas estas alterações do período pós-parto. Na ótica de Catafesta, Zagonel, Martins e Venturi (2009) se a mulher for preparada durante o período pré-natal de forma a receber orientações pertinentes à gravidez, parto e puerpério, poderá enfrentar com mais segurança, harmonia e prazer este período do pós-parto, sem se deixar vencer por preocupações e frustrações desnecessárias. No seio desta transição ao papel materno situa-se o aleitamento materno que, para além de ser um fenómeno biológico, reveste-se da influência de fatores sociais, políticos, económicos e culturais (Catafesta *et al.*, 2009). A amamentação precisa de ser aprendida. Apesar de ser iniciada sempre com o auxílio de profissionais só se efetiva após a alta hospitalar. É quando a puérpera se vê confrontada com algumas dificuldades que a sua preparação prévia é posta à prova.

De acordo com o regulamento das competências da EESMOG, compete à enfermeira EESMOG cuidar da mulher durante o período pós-natal, de forma a potenciar a saúde da díade puérpera-recém-nascido e apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A EESMOG é talvez a pessoa com maior potencialidade de atuação com vista ao incentivo e manutenção do aleitamento materno, já que é dotada de competências que lhe permitem fomentar a amamentação de forma contínua ao longo de toda a gravidez e puerpério e acompanhar a mulher nos primeiros dias no domicílio, período em que está fragilizada pela transição ao papel materno. Há necessidade de preparar as mulheres para a amamentação, utilizando não apenas informações técnicas mas valorizando também as suas crenças, dúvidas, sentimentos e opiniões. O aconselhamento em aleitamento materno por parte da EESMOG, deve persistir durante todo o ciclo gravídico puerperal e enfatizar alguns aspetos, tais como: a duração ideal do aleitamento materno: as vantagens para o bebé e

mãe do aleitamento materno; a técnica adequada da mamada (horário da mamada, duração da mamada, entre outros); composição do leite materno; cuidados a ter com mamas; estratégias básicas para ultrapassar dificuldades na amamentação. A familiarização das puérperas com estes assuntos contribui para que o momento da mamada seja algo agradável e único.

Giugliani (2000) numa tentativa de descrever a melhor forma de aconselhamento em amamentação, sugere as seguintes técnicas e atitudes: utilização de uma comunicação não-verbal, demonstrando interesse, atenção e dedicação e recorrendo ao toque terapêutico; na comunicação verbal deve privilegiar-se as perguntas abertas; manifestar uma atitude empática; aceitar os sentimentos e opiniões da mãe; elogiar a mãe de forma a encorajá-la e aumentar a sua confiança; transmitir informações de forma graduada e com linguagem perceptível; fazer sugestões e não imposições. Carvalho (2005) citado por Pereira, Levy, Matos e Calheiros (2008) refere que para o sucesso da amamentação é muito importante que a puérpera receba informação compreensível acerca da importância do aleitamento materno, nomeadamente sobre aspetos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação e relacionados com a técnica da amamentação. As orientações fornecidas pelos profissionais de saúde não deverão ser diferentes, nem contraditórias para não aumentar os níveis de angústia e ansiedade das mães.

3- ANÁLISE DA POPULAÇÃO

A população define-se como o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 2003, p. 373). A população-alvo abrange o conjunto de todos os elementos que o investigador pretende estudar e sobre o qual ambiciona fazer generalizações (Fortin, 2003). Deste modo, numa primeira fase, a população-alvo do nosso estudo foram as puérperas internadas no período correspondente ao nosso estágio final no puerpério (9 de abril de 2012 a 8 de junho de 2012) e, posteriormente, as puérperas internadas no serviço no mês de abril de 2013 (2ª fase).

Na impossibilidade de acesso à totalidade da população, deve ser definida uma amostra, ou seja, devem ser considerados, estudados e analisados, apenas uma parte dos casos que constituem o universo de estudo (Hill & Hill, 2002). “A amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo” (Fortin, 2003, p. 41). É ainda “...uma réplica em miniatura da população alvo” (Fortin, 2003, p.202). Para tal socorremo-nos de uma amostra de conveniência (não probabilística), que segundo Guimarães (2008) é formada por elementos que o pesquisador reuniu simplesmente porque dispunha deles. Fortin (2003) designa-a de “acidental”, uma vez que é “formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como por exemplo, as pessoas hospitalizadas” (p.208). Tem a vantagem de fácil organização contudo, pode provocar enviesamentos na representatividade da população-alvo.

3.1- Caracterização Geral da População

Para a caracterização da população-alvo abrangida pela nossa intervenção utilizámos a aplicação de entrevistas (numa 1.ª fase) e questionários (numa 2.ª fase):

Caraterização das utentes entrevistadas:

A amostra das entrevistas foi constituída por 12 puérperas, com nacionalidade portuguesa, características caucasianas e média de idades de 33,3 anos. Quanto ao estado civil podemos referir que no grupo: cinco puérperas eram casadas, quatro viviam em união de facto e três eram solteiras. No que concerne às suas habilitações académicas: 5 puérperas em 12, tinham curso superior (bacharelato e/ou licenciatura), a restante amostra

apresentou habilitações literárias correspondentes ao 2.º e 3.º ciclo de escolaridade. As oito puérperas empregadas trabalhavam por conta de outrem e apenas quatro das entrevistadas referiram estar desempregadas antes do parto. Não foram questionadas as condições habitacionais das participantes.

O estudo foi constituído por sete primíparas e cinco múltiparas. As múltiparas tinham mais de dois filhos. A maioria das puérperas vigiou a sua gravidez (seis ou mais consultas). O local de eleição foi o centro de saúde. Apenas 3 das 12 senhoras referiram ter frequentado o consultório do médico obstetra. Quanto ao tipo de parto, a maioria das entrevistadas foi submetida a cesariana (seis), quatro tiveram partos eutócicos e apenas dois partos distócicos por via baixa (fórceps e ventosa). Todas as puérperas tiveram partos de termo (entre as 37 semanas de gestação e as 41 semanas completas) e recém-nascidos com peso superior a 2,500 Kg. Não se questionou o sexo do recém-nascido por não influenciar os resultados do estudo. Relativamente à preparação prévia para o aleitamento materno, 8 puérperas das 12, participaram em cursos de preparação para o parto no centro de saúde. Os temas mais abordados foram: os cuidados a ter com os mamilos, a “subida” do leite e os benefícios da amamentação.

Caraterização das utentes inquiridas através de questionários (Apêndice 7):

A amostra dos questionários foi constituída por um total de 50 puérperas com uma média de idades de 29,12 anos, sendo a faixa etária entre os 24 e os 35 anos a mais representativa. A maioria das puérperas era casada ou vivia em união de facto. Apenas 4 puérperas eram estrangeiras. Relativamente ao nível de escolaridade, constatou-se que, a maior parte das senhoras (n=23) tinha entre o 9.º e o 12.º ano de escolaridade. Uma parte significativa do grupo das puérperas é: assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores. A maioria das puérperas tinha emprego (n=26). Mais de metade das senhoras vive num espaço doméstico confortável e espaçoso (n=27).

A maior parte das participantes foram primíparas (52%). A duração da gravidez das puérperas foi em média de 38,8 semanas (gravidezes de termo). A vigilância foi realizada maioritariamente de forma mista (62%). Quanto ao tipo de parto 48% foram eutócicos e 52% distócicos (prevalecendo as cesarianas). Metade dos partos ocorreram no turno da tarde. Apesar do sexo e do peso do recém-nascido não influenciar, quanto a nós, o objetivo do questionário, acrescentamos que 62% dos recém-nascidos são do sexo masculino e 72% apresentaram pesos ao nascer compreendidos entre 2,500 e 2,999

Kg. No grupo verificou-se que a maioria das senhoras não realizou preparação para o parto (n=28; 56%). Contudo, a maior aquisição de conhecimentos sobre aleitamento materno aconteceu durante a gravidez e no centro de saúde. Dos temas mais abordados destacam-se as vantagens do AM (29,3%), seguindo-se a técnica da mamada (21,8%) quase em paralelo com as dificuldades da amamentação (21,1%). Na ótica das puérperas, as informações que receberam sobre aleitamento materno foram esclarecedoras (36%).

Quanto ao tipo de alimentação que foi oferecida aos recém-nascidos durante o internamento, 78% dos recém-nascidos ingeriram leite materno e apenas 22% leite materno e artificial. Apercebemo-nos que cerca de 45,5% das senhoras não sabiam o motivo de ter sido oferecido leite artificial ao filho, sendo que as que tinha conhecimento destacam a perda de peso superior a 10% logo nos primeiros dias de vida e dificuldades relacionadas com a adaptação à mama. No que se refere à segurança ao amamentar, mais de metade refere a máxima segurança (54%) e grande parte considera que o apoio prestado pelas enfermeiras na prática de aleitamento materno foi máximo (74%).

3.2- Cuidados e Necessidades Específicas da População-Alvo

Através da análise do conteúdo das 12 entrevistas, método de recolha de dados utilizado numa 1ª. fase, obtivemos os seguintes resultados:

No que diz respeito à aquisição e/ou incremento de conhecimentos sobre amamentação durante a gravidez apenas as puérperas primíparas revelaram essa necessidade. Rafael, Silva e Rodrigues (2005) justificam esta diferença alegando que os conceitos anteriores, valores e pormenores relacionados com a amamentação influenciam a decisão e a perspetiva da mulher sobre o ato de amamentar. O ato de amamentar é, assim, um processo interativo no qual a mulher, mediante perceções e significados acumulados ao longo da sua vida - como latente, filha, irmã, vizinha ou como utilizadora dos serviços de saúde (experiência própria) - interpreta e orienta a sua conduta. Neste contexto, as múltiparas pelo facto de serem influenciadas pelas experiências prévias de amamentação, na sua grande maioria, não demonstram tanta necessidade de aprendizagem quanto as primíparas, cujo mundo da amamentação é totalmente desconhecido e imerso em dúvidas e receios.

Apercebemo-nos também que, relativamente às experiências anteriores em amamentação, as puérperas múltiparas referiram não ter tido um aleitamento materno

exclusivo nas gravidezes anteriores. Entre os principais motivos destacam-se: aparente diminuição da quantidade do leite e qualidade do leite (E1: “(...) *ah, não tinha mama (...) o leite era pouco (...) os meninos ficavam com fome (...)*”). Vaucher e Durman (2005), justificam a diminuição da produção de leite materno com base nas seguintes causas: administração de outros suplementos, como água, chá e leite artificial impelindo uma diminuição de apetite na criança; a utilização de chupetas e tetinas, induzindo uma confusão com o mamilo e dificultando, por conseguinte, a sucção na mama; mamadas curtas e pouco frequentes, suscitando a acumulação de leite na mama e situações de ingurgitamento mamário; pouca ingestão de líquidos e alimentação incorreta da puérpera.

Todas as senhoras entrevistadas manifestaram motivação para continuar a amamentar no domicílio. A motivação é um fator que deve ser equacionado no contexto da amamentação, adquirindo uma grande importância no processo educativo da mesma. Na ótica de Nelas, Ferreira e Duarte (2008) a decisão de amamentar acontece geralmente antes do parto e só um pequeno número de mães é que deixa essa decisão para depois.

As puérperas estavam esclarecidas sobre principais benefícios do aleitamento materno. No que concerne aos benefícios maternos, destacam-se a: a promoção da recuperação no pós-parto (involução uterina e a restabelecimento do peso corporal anterior à gravidez); fortalecimento da ligação afetiva mãe-filho e o facto do leite materno ser gratuito, estar sempre disponível e à temperatura adequada.

E1: “*A recuperação do pós-parto, é uma das vantagens é essa, porque recuperamos melhor*”

E9: “*Olhe.... A gente vai para todo o lado, basta ir só com a criança... económica igual... não gastamos nada... quando queremos sair, vai a gente e a criança...*”

E4: “*....acho que para a mãe... é a ligação afetiva... porque é um momento muito nosso e primeiro também tem de ser feito com muita dedicação...*”

As mulheres reconheceram ainda que as principais vantagens do aleitamento materno para o bebé são as propriedades imunológicas do leite e a diminuição das cólicas.

E2: “*Porque acho que lhes cria mais defesas...*”

E3: “*Está sempre quente, não faz cólicas, não faz prisão de ventre...*”

Apenas uma puérpera fez alusão à duração ideal da amamentação (E12: “... o leite materno acho que tem todos os bens essenciais que a criança necessita desde RN até a um período de 6 meses, salvo erro...”)

Sobre a técnica da mamada, as puérperas demonstraram ter algumas dúvidas quanto ao tempo adequado de duração das mamadas e ao intervalo de tempo entre as mamadas, sendo o horário flexível o privilegiado pelas senhoras.

E1: “O tempo que ele necessitar (...). Quando começa a largar a mama e já não quer mais.”

E5: “(...) eu tento que seja cerca de meia hora (...) porque não sei se ela está bem alimentada...”

E8: “(...) do que tenho lido e do que vocês me têm dito (...) a mamada é livre, é quando o bebê quer e o tempo que o bebê quiser () apesar de se for 2 ou 3 min não é uma mamada como deve ser, né? Mas se for uns 10 minutinhos até meia hora (...).”

E2: “Acho que ele deve fazer os próprios horários (...) agora se chegarmos a um intervalo de 5 horas em que ele não acorda (...).”

E11: “(...) pra mim, acho que o horário é livre. Quando ela lhe apetece eu dou-lhe mama.”

As puérperas manifestaram pouca confiança e incerteza na identificação de sinais sugestivos de hipoglicemia, tal como demonstram os seguintes excertos.

E2: “Não sei (...) o bebe fica muito mole (...) e dorme muito(...) não sei (...).”

E8: “Disseram-me que se ele estiver assim coradinho (...) reativo (...) pronto (...) se eu o estimular e até ele chorar um bocadinho é porque tá bem (...) agora se ele tiver muito molengão, pálido (...) aí é que é mais grave (...).”

Apenas duas puérperas estavam cientes de outras formas de posicionamentos para amamentar e da importância de mudar a posição habitual de “embalar”.

E2: “Debaixo do braço (...) tipo uma bola (...)”. “Para esvaziar as várias partes da mama (...) não sei (...).”

E5: “(...) sei que existe a tipo bola de rugby, a posição “normal”, a da barriga virada para o nosso peito e eu, para ser sincera, é conforme me dá jeito.”

A grande maioria das puérperas parece desconhecer os sinais de pega correta da mama. A dor nos mamilos surgiu mencionada por quase todas as puérperas enquanto algo obrigatório e necessário à amamentação e como sinal de boa pega. E5: “Eu acho

que quando me dói é quando está a correr bem! Pode ser uma forma de me mentalizar (...) tem de doer para saber que ela está a mamar bem.”

Sobre a prevenção de fissuras nos mamilos as puérperas referiram a aplicação de colostro no mamilo e aréola como primeira opção e a aplicação de cremes gordos como segundo recurso.

Ainda que tenham a capacidade de identificar os sinais de “subida” do leite, as puérperas não sabem com exatidão como superar uma situação extrema de ingurgitamento mamário, recorrendo quase sempre à utilização de bomba automática. E4: *“A “subida” do leite (...) hum (...) então as mamas ficam maiores, mais duras, porque há acumulação de leite (...) não sei exatamente quando acontece (...) sei que tenho de tirar leite com bomba (...).”*

Apenas uma puérpera estava consciente de um mecanismo de produção de leite. E1: *“Cada vez que o bebé mama, vai estimular a que tenha mais leite a seguir (...).”*

As situações que mais influenciaram a obtenção de conhecimentos durante o internamento foram as seguintes: inadequação do momento escolhido para realização de ensinamentos pela enfermeira (E4: *“(...) na altura em que passaram o vídeo sobre amamentação, estavam-me a lavar (...) e (...) depois não tomei atenção (...).”*); divergências entre as formas de ensino e o conteúdo das informações transmitidas pela enfermeira (E4: *“Eu achei que às vezes havia opiniões distintas entre vocês (...) confunde-nos (...)”, “(...) às vezes é tudo somente uma questão de opinião (...) eu faço assim porque acho que deve ser feito assim (...).”*); pouca disponibilidade da enfermeira para ensinar e ajudar a puérpera no que respeita à amamentação (E2: *“(...) vocês também têm pouco tempo, têm muita coisa para fazer (...).”*); a confrontação com a realidade da amamentação favorece a capacidade de memorização de informação (E6: *“(...) depois quando uma pessoa é confrontada com a realidade a gente parece que absorve melhor o que nos dizem (...).”*

A análise dos questionários (Apêndice 7) (numa 2.^a Fase) facultou-nos as seguintes informações:

No que diz respeito à intervenção do enfermeiro na prática de aleitamento materno, a maioria das senhoras considera que os profissionais de saúde devem motivá-las para a amamentação (n=48). Para a quase totalidade das puérperas, o leite materno é o alimento de eleição na alimentação das crianças (n=49) e que se deve manter até aos 6 meses de vida (n=43). A maior parte das senhoras (n=44) reconhece os benefícios

imunológicos da amamentação. Cerca de metade das puérperas não sabe que a amamentação ajuda na diminuição da icterícia (n=26). Neste sentido Giugliani (2000) acredita que o aleitamento materno em regime livre (horário e duração da mamada flexível): diminui a perda de peso inicial do recém-nascido e diminui a incidência de bilirrubinemia. A grande maioria das puérperas reconhece que existem vantagens do aleitamento materno para a sua saúde (n=43). A maior parte das senhoras considera que o aleitamento materno exclusivo não diminui o risco de engravidar (n=28). Carvalho, Carvalho e Magalhães (2011) e Levy e Bértolo (2012) referem a infertilidade lactacional como um dos principais benefícios uma vez que confere proteção à mãe de uma nova gravidez. A mãe não engravida devido ao efeito hormonal da amamentação. Mas para que este efeito se verifique, têm de ser cumpridas as seguintes condições: mamadas em horário livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite ou qualquer outro tipo de comida.

Quanto às características do leite materno, de acordo com 38 puérperas o leite materno é mais fácil de digerir que o leite artificial. Quase metade das senhoras entende que a administração de um suplemento de leite artificial prejudica a lactação, porém em caso de suspeita de “pouco leite” mais de metade das senhoras refere que se deve completar a mamada com um suplemento de leite artificial (n=28). Contrariamente, quando se colocou a mesma questão, mas com algumas possibilidades de resposta, a procura de profissionais de saúde para ajudar a corrigir a posição e a pega que a criança faz na mama foi a categoria que se destacou seguida do aumento da frequência das mamadas e só em 3.º lugar surge a administração de suplemento de leite artificial.

Verificou-se que quase metade das puérperas não sabe se o leite artificial contribui para uma superalimentação dos recém-nascidos (n=23), mas as puérperas têm noção de que o crescimento das crianças é diferente consoante o tipo de alimentação (materna ou artificial). Metade das senhoras considera que se o bebé não restabelecer o peso inicial nas primeiras duas semanas, deve começar a fazer suplemento de leite artificial (n=25).

De acordo com as puérperas a amamentação deve ter início na 1ª hora de vida (n=40) e, também, que o bebé não deve ingerir leite artificial antes da 1ª mamada (n=42). No que respeita à mamada, as mães mencionam preferencialmente o horário rígido (3/3h) e duração sem limite. Devane, Dring, Engel, Fallon, Fealy e Moylett (2011) caracterizam a amamentação em regime livre quando as mães não impõem restrições na frequência e duração das mamadas. Os bebés devem ser alimentados quando

manifestam fome ou sempre que queiram. Sem contradição do anterior, Morales (2004) afirma que se deve acordar os bebês se estes dormirem mais de 3-4 horas seguidas (especialmente durante as primeiras 24h de vida) e tentar que a partir do 1.º dia de vida, o bebê mame pelo menos 8-10 vezes ao dia.

Na identificação de sinais sugestivos de uma pega incorreta da mama, as mães assinalaram duas categorias, o bebê mamar muitas vezes e estar irrequieto e o surgimento de fissuras nos mamilos. Pereira (2006) acrescenta que os sinais de pega correta são visíveis quando o queixo do bebê toca a mama ou está próximo dela, a boca está bem aberta e tem os lábios virados para fora, visualiza-se mais aréola acima da boca do bebê do que abaixo. No tratamento e/ou prevenção de fissuras nos mamilos, a aplicação de leite materno é a categoria mais referida pelas mães (n=34). Carvalho, Carvalho e Magalhães (2011) referem que uma boa solução para cicatrização das fissuras, reside na aplicação de colostro no mamilo e aréola após o banho e cada mamada e deixar secar.

Relativamente à “subida” do leite, a categoria mais referida foi a realização de massagens em movimentos circulares e descendentes no sentido do mamilo de forma a extrair algum leite manualmente quase em paralelo com a colocação do bebê à mama para aliviar primeiramente a tensão mamária. Gómez (2004) refere a necessidade de alertar a puérpera para a importância de aumentar o número de mamadas bem como a correção da pega quando se depara com esta situação. Se estes simples procedimentos se mostrarem insuficientes, há que proceder à aplicação de calor no local antes das mamadas ou de água quente com realização de massagens suaves e em movimentos circulares e descendentes com as pontas dos dedos de forma a massajar todos os quadrantes. Outra alternativa reside em extrair manualmente um pouco de leite antes de pôr o bebê a mamar de forma a diminuir a tensão na mama e facilitar a adaptação à mama.

Quase metade das senhoras não sabe ou têm incerteza quando à forma de tratamento de uma mastite. As situações de mastite são o culminar das dificuldades anteriormente descritas (ingurgitamento grave e/ou obstrução de ductos mamários), que se acompanham de febre, sinais inflamatórios em um quadrante da mama (rubor, tumor e dor) e mal-estar geral. Neste caso, o seu tratamento é mesmo médico (Levy & Bértolo, 2012).

As puérperas manifestaram não saber quais os sinais de candidíase mamilar (n=32). Ainda que pouco comum, a candidíase pode surgir na primeira semana de

amamentação e caracteriza-se pelo desenvolvimento súbito de dor, o mamilo e aréola ficam inflamados e a dor persiste durante a mamada. Pode ser transmissível ao bebê, com manifestações na cavidade oral ou anal (Fraser & Cooper, 2010).

3.3- Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo

A revisão sistemática da literatura é um recurso importante na prática baseada em evidências e que consiste numa forma de sintetizar os principais resultados de pesquisas relacionados com um determinado problema. É uma abordagem que envolve a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da pesquisa de novos estudos, avaliação crítica da literatura existente, identificação da aplicabilidade dos dados provenientes dos estudos e a adequação da sua utilização na prática clínica (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

Na revisão da literatura efetuada e tendo em conta a temática do aleitamento materno e dos conhecimentos que as puérperas possuem, constatámos que a grande maioria dos artigos científicos disponíveis *online* são de origem brasileira e ingleses, sendo que nos deparámos com dificuldades no acesso a publicações com autores portugueses. Os documentos analisados foram artigos científicos completos e teses de mestrados disponíveis na internet ou em revistas impressas e livros. Foram selecionados os documentos com data de publicação nos últimos 5 anos. Porém, na apresentação dos estudos considerámos pertinente a alusão a alguns estudos e livros com data de publicação inferior a 2008.

Giugliani, Neves, Polanczyk, Rocha, Seffrin e Susin (1995) defendem que entre os principais fatores de interrupção precoce da amamentação, encontra-se o défice de conhecimentos que as senhoras apresentam sobre a temática. Acrescentam ainda que, apesar do conhecimento sobre amamentação não garantir a mudança das atitudes das mães, é um passo fundamental para tal. Também na ótica de Carvalho, Goldberg, Ondani, Saes e Valarelli (2006) este défice de conhecimentos e a prática inadequada da amamentação podem conduzir a uma dificuldade em amamentar e/ou culminar numa interrupção precoce da mesma. A corroborar estas ideias, encontra-se o estudo qualitativo realizado por Azevedo, Costa, Damasceno, Freitas, Pinheiro e Reis (2010) com o objetivo de caracterizar o conhecimento das primíparas a respeito dos benefícios do aleitamento materno para a mãe e o recém-nascido, em que concluíram que para este grupo, os principais benefícios da amamentação são: a proteção imunológica e o valor

nutricional para o crescimento da criança; diminuição da hemorragia pós-parto e vinculação afetiva entre a mãe e bebê. Mais tarde, Azevedo, Cruz, Marques, Sá e Souza (2011) num estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, aplicado a 10 puérperas, com a finalidade de caracterizar os conhecimentos das mesmas em contexto de alojamento conjunto, concluíram que o conhecimento das mães se limitava a algumas vantagens do aleitamento materno para o bebê, revelando um desconhecimento total quanto à técnica da mamada ou outro assunto relacionado. Na mesma linha de investigação, Araújo, Caires e Oliveira (2011) num estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, que procurou analisar os conhecimentos, prática, informações e principais dificuldades encontradas pelas mães no aleitamento materno, aperceberam-se que as principais informações que este grupo detinha se confinavam à inadequação em oferecer outros alimentos que não o leite materno; à pega correta e a posição favorável para eructação.

A maioria das mães recebe apenas as informações acerca das vantagens e orientações sobre condutas apropriadas à prática do aleitamento materno após o nascimento da criança, na maternidade (Azevedo, Costa, Damasceno, Freitas, Pinheiro & Reis, 2010). Contudo, de acordo com Carvalho *et al.* (2006) o momento pré-natal é o momento mais favorável para oferecer tais instruções, permitindo à grávida tempo suficiente para o entendimento e esclarecimento de dúvidas. Durante a gravidez, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, de modo a incrementar a sua segurança, confiança e autonomia (Bergini, Demitto, Mathias, Páschoa & Silva 2010).

Azevedo *et al.* (2010) e Bergini, Demitto, Mathias, Páschoa e Silva (2010) destacam o papel do enfermeiro no processo de amamentação, pela sua estreita relação com as mães, a qual se inicia durante o período pré-natal, onde tem a oportunidade de abordar temas indispensáveis para a eficácia do aleitamento materno e pode continuar a promover o aleitamento no período puerperal. Neste sentido Azevedo *et al.* (2011) referem que o puerpério é o período em que se deve enfatizar as informações recebidas durante a gravidez. O primeiro contato íntimo com a amamentação ocorre em situação de alojamento conjunto, esta condição proporciona um contato constante entre a mãe e filho, possibilita a amamentação em horário livre, e presume-se que o recém-nascido não receba outro alimento sem ser o leite materno. Concomitantemente deverão desenvolver-se práticas de incentivo e estímulo ao aleitamento materno, a possibilidade

da mãe amamentar mais e por mais tempo facilita o estabelecimento da amamentação (Pasqual, Braccialli & Volponi, 2010). Barreto, Christoffel e Silva (2009) num estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com a finalidade de compreender a percepção das puérperas face à atenção dos profissionais no puerpério imediato, concluíram que as que receberam orientação se sentiam mais seguras para amamentar, demonstrando autoconfiança, conhecimento em relação aos benefícios para o binómio mãe-filho e demonstraram maior vontade de continuar a amamentar. Em oposição, as puérperas que não tiveram qualquer tipo de orientação, demonstraram mais insegurança e falta de confiança na sua capacidade para amamentar desvalorizando a importância do aleitamento materno.

O apoio às mães deve continuar após a alta hospitalar, não apenas na forma de incentivo à amamentação, mas com vista à orientação sobre a técnica correta e resolução de problemas (Martins & Martins, 2008). As primeiras semanas são cruciais para a prática de aleitamento materno, neste período a puérpera para além de se deparar com as modificações biológicas decorrentes do pós-parto, é confrontada com novos desafios, como cuidar de si e do bebé. Por tudo isto, de acordo Rodrigues, Vale, Leitão, Silva, Rocha e Pedrosa (2001), a visita domiciliária puerperal realizada pela enfermeira, reveste-se de uma importância extrema, uma vez que pode favorecer o bem-estar da puérpera, através do levantamento de necessidades e planeamento de cuidados, e de um atendimento personalizado e com vista à discussão das dúvidas e preocupações da mulher vivenciadas no puerpério. Num estudo português realizado por Filipe (2011) com vista a avaliar a eficácia da visita domiciliária pelo enfermeiro na prevalência do aleitamento materno, comparativamente em dois grupos, concluíram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos três meses foi de 80%, sendo mais elevada no grupo não visitado. Em contrapartida, aos seis meses a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 27% e mais elevada no grupo alvo de visita domiciliar. Desta forma, este estudo constituiu mais uma razão para se incentivar o desenvolvimento das visitas domiciliárias no puerpério pelos profissionais de saúde, com vista à manutenção do aleitamento materno a longo prazo.

3.4- Recrutamento da População-Alvo

O recrutamento, de acordo com Frederico e Leitão (1999), compreende o conjunto de técnicas e métodos destinados a atrair candidatos que reúnam determinadas

características. Pelo que no recrutamento das entrevistadas procedeu-se aos seguintes passos: na véspera da alta clínica ou no próprio dia da alta foram explicados os objetivos da entrevista, referindo o caráter confidencial das informações fornecidas e de que os dados obtidos seriam apenas para efetuar conclusões neste estudo em particular. Desta forma obteve-se o seu consentimento livre e esclarecido para colaboração na entrevista (Apêndice 3). Para Fortin (2003) a obtenção de um consentimento livre (sem ameaças) e esclarecido (com conhecimento da finalidade e objetivo do estudo) é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação.

Antes da distribuição efetiva dos questionários procedeu-se a uma explicação breve da finalidade do questionário e das partes que o constituem (autorização para participar no estudo; grupos para a avaliação de conhecimentos sobre aleitamento materno; grupo para a caracterização da gravidez e parto; grupo para a caracterização da amostra).

Os critérios de recrutamento das puérperas foram comuns às entrevistas e questionários. Assim, os de inclusão foram:

- Puérperas que estivessem em situação de aleitamento materno;
- Puérperas em contexto de alojamento conjunto (permanência do bebé junto da mãe ao longo das 24h até à alta hospitalar).

Como critérios de exclusão definimos os seguintes:

- Puérperas com parto gemelar;
- Puérperas que não compreendessem a língua portuguesa.

4- ANÁLISE REFLEXIVA DOS OBJETIVOS

O objetivo é o que se pretende atingir e não o que será feito, apenas define a direção dada à ação e a natureza do trabalho. Segundo Larocca, Rosso e Souza (2005) o processo de formulação de objetivos deve ter em mente objetivos reais e atingíveis e que permitam a realização de atividades passíveis de concretizar no tempo pré definido.

4.1- Objetivos da Intervenção Profissional

Enquanto formanda com vista à aquisição de competências inerentes à EESMOG, nomeadamente no cuidar da mulher durante o período gravídico-puerperal e face à nossa temática do aleitamento materno, delineamos os seguintes objetivos:

Diagnosticar as necessidades da população-alvo no que respeita ao aleitamento materno: Para concretização deste objetivo recorreremos a metodologias de investigação. Numa primeira fase realizámos a aplicação de entrevistas às puérperas internadas e posteriormente questionários. Fortin (2003) salienta que apesar do questionário não permitir uma profundidade tão grande quanto a entrevista permite um melhor controlo dos enviesamentos. Os resultados obtidos pelas duas metodologias (qualitativa e quantitativa) constituíram o ponto de partida para a definição de algumas estratégias e ações implementadas durante o estágio e que aparecem descritas neste relatório.

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de intervir junto das puérperas com vista ao apoio, promoção e manutenção da prática de aleitamento materno: Uma estratégia por nós encontrada foi a comunicação das principais conclusões do estudo qualitativo (Apêndice 9).

Iniciar o registo de aleitamento materno na plataforma informática da Direcção Geral de Saúde [DGS]: Ao consultarmos o 1.º relatório de Registo de Aleitamento Materno [RAM] em Portugal referente ao período de Julho de 2010 a Junho de 2011, detetámos a inexistência dados da nossa região (Figura 7). O início do registo do aleitamento materno no nosso serviço permitir-nos-á um conhecimento específico quanto à taxa de AM à saída da nossa maternidade e uma comparação com outras entidades hospitalares em todo o País.

	Nº Hospitais	Nº Registos
Norte	7 (13)	5.785
Centro	6 (8)	4.267
LVT	7 (14)	5.752
Alentejo	0 (3)	0
Algarve	2 (2)	1.699
Total	22 (40)	17.503

FIGURA 7: Registos de aleitamento materno nos hospitais por região de saúde

[Fonte: Orfão (2012)]

4.2- Objetivos a Atingir com a População-Alvo

Promover a prática de aleitamento materno na nossa população: O incentivo ao AM é algo contínuo durante o internamento, sendo que após a análise detalhada dos resultados obtidos através da aplicação de metodologias de investigação considerámos, relevante para a melhoria da prática do aleitamento materno na nossa população, a elaboração de um folheto de carácter informativo e esclarecedor de alguns dos assuntos que suscitaram mais incertezas (Apêndice 15).

5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

A secção que se segue constitui uma parte fundamental neste relatório. Pretendemos de seguida refletir, questionar o porquê, como e quando foram desenvolvidas as intervenções. Neste contexto a Ordem dos Enfermeiros (2012a) refere que “o enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas”.

A reflexão permite-nos retroceder no tempo, ao momento em que foram implementadas as intervenções e ter uma visão mais holística dos fatores que podem ter interferido nos resultados. O enfermeiro ao longo de todo o seu percurso profissional é dotado desta competência, a prática reflexiva, que se inicia na formação base e contínua ao longo do seu percurso académico e profissional. Segundo Schon (1987) a prática reflexiva consiste numa reflexão conjunta na e sobre a ação. Esta reflexão promove a confiança e o desenvolvimento de capacidades, com vista à melhoria da prática clínica e consequente humanização dos cuidados.

5.1- Fundamentação das Intervenções

Antes e durante a implementação do projeto e redação do relatório houve necessidade de realizar uma pesquisa mais intensa da literatura existente que desse resposta aos objetivos e conferisse sustentação às nossas intervenções. Esta pesquisa foi realizada em bases de dados científicas (através da *internet*) e consulta local de exemplares nas bibliotecas de Beja. A pesquisa bibliográfica incidiu sobretudo na temática do aleitamento materno, metodologias de investigação e estratégias a utilizar. Por impossibilidade de acesso a edições mais recentes de livros de metodologia de investigação científica que achámos pertinentes utilizar no nosso relatório, apresentamos referências a algumas mais antigas, como é o caso de Fortin (2003) e Bardin (1977).

A utilização de instrumentos de investigação, entrevistas e questionários, permitiu-nos o conhecimento das características da nossa população relativamente ao aleitamento materno e, simultaneamente, levou-nos a desencadear algumas intervenções.

Com vista a comunicar a toda a equipa de enfermagem os “achados” resultantes da nossa pesquisa, procedemos à realização de uma sessão de formação (Apêndice 9),

em contexto de formação em serviço. Albuquerque, Gomes, Rezende, Sampaio, Dias e Lugarinho (2008) referem que a formação em contexto de trabalho constitui um “espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários” (p.361). De acordo com o regulamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, este é responsável por contribuir para formação e desenvolvimento profissional, não só de estudantes de enfermagem, mas também de colegas (Ordem dos Enfermeiros, 2012a). Esta contribuição manifesta-se na organização e/ou participação em ações de formação, como as realizadas em contexto de serviço, com vista a que possam ser fundamentadas as práticas à luz dos mais recentes conhecimentos científicos.

Num segundo momento com vista a promover a prática de aleitamento materno durante o internamento no puerpério elaborámos um folheto (Apêndice 15) que incluísse todos os temas que foram identificados na pesquisa (técnica da mamada; sinais de pega correta da mama; horário da mamada; composição do leite materno; mecanismos de produção de leite materno; dificuldades na amamentação). Apesar do primeiro contato da senhora com a amamentação frequentemente ter início no pós-parto, considerámos que seria pertinente a entrega do folheto durante a fase final da gravidez e, também, durante o internamento no puerpério. A entrega do folheto às grávidas aconteceu na “Consulta do 3.º Trimestre”. Esta consulta é um procedimento instituído no nosso serviço já há algum tempo, acontece quinzenalmente às quartas-feiras, e direciona-se às grávidas referenciadas pelas enfermeiras especialistas dos Centros de Saúde da ULSBA. De uma forma global, apesar da designação de “consulta”, não é mais do que uma sessão de esclarecimento, em que fazemos uma abordagem à constituição e funcionamento da maternidade (através de uma apresentação com recurso a *powerpoint*) e continuamos com a visita ao espaço físico do nosso serviço. Como complemento às informações transmitidas, oferece-se um conjunto de livros e folhetos, em que até à data da nossa intervenção não incluía o tema da amamentação. A entrega do folheto às puérperas, durante o internamento, constitui quanto a nós um instrumento útil no esclarecimento de dúvidas que emergem do contacto íntimo com o fenómeno da amamentação.

O registo do aleitamento materno em Portugal constitui um dos marcadores de excelência do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde na luta pela promoção do aleitamento materno entre as grávidas, parturientes e puérperas. É no nosso caso

particular uma mais-valia para o nosso serviço, em virtude de não existirem unidades hospitalares no Alentejo a fazê-lo. O registo diário do aleitamento materno contribui para a elaboração anual do RAM. De acordo com Orfão (2012) os objetivos deste relatório consistem em determinar a prevalência da iniciação e da continuidade do aleitamento materno e avaliar as práticas alimentares dos latentes e crianças pequenas. Os dados são recolhidos através de programa informático em dois níveis de cuidados de saúde: hospitalares (maternidades) e cuidados de saúde primários. Nas maternidades são recolhidos dados sobre o tipo de aleitamento praticado por cada recém-nascido de termo, desde o momento do nascimento até ao dia da alta (podendo ir até ao 6.º dia de vida). Na nossa perspetiva a recolha diária dos dados relativamente à forma de alimentação dos nossos recém-nascidos nos primeiros dias de vida, vai ajudar-nos a perceber se as intervenções promotoras do AM junto das puérperas estão a ser produtivas.

5.2- Metodologias

A metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que vão ser utilizados numa investigação. De acordo com Fortin (2003, p.108) “a fase metodológica operacionaliza o estudo”. Para realização do diagnóstico de situação quanto aos conhecimentos e experiências que as nossas puérperas apresentavam sobre o aleitamento materno optámos pela conjugação de uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva (através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas) e quantitativa *à posteriori* (através de questionários). Os questionários surgiram com o intuito de conseguir testar os dados qualitativos e conferir mais consistência aos resultados obtidos pela primeira metodologia. O momento escolhido para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi o dia da alta clínica das participantes de forma a apurar dados mais reais do nível de conhecimentos que as mesmas apresentam no momento da alta para o domicílio.

A utilização de uma entrevista parcialmente estruturada ou semi-estruturada, na perspetiva de Fortin (2003) pode ser útil quando se pretende que no final da entrevista todos os temas tenham sido abrangidos. Dentro desta categoria, a entrevista focalizada (*focused interview*), é aquela em que o entrevistador dispõe de uma lista de tópicos precisos relativamente ao tema que se pretende estudar e que serão todos abordados ao longo da entrevista sem uma ordem específica (Quivy & Campenhoudt, 1992; Markoni & Lakatos, 2002). Neste sentido, a entrevista parcialmente estruturada foi o método de

recolha de dados que utilizámos. Para a realização das entrevistas, elaborámos um guião (Apêndice 4). De acordo com Fortin (2003) o guião da entrevista deve conter as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões, em suma, apenas fornece um inventário dos temas a cobrir.

As entrevistas ocorreram em espaço físico reservado, ou seja, sem a perturbação de outros profissionais de saúde. Estabeleceu-se como duração máxima para a cada entrevista 20 minutos. Como instrumento de registo de dados utilizámos um gravador de voz. O término da recolha de dados aconteceu quando se atingiu a saturação tendo sido efetuadas um total de 12 entrevistas. De acordo com Loureiro (2006, p.21) a saturação é “um conceito que traduz aquele momento em que os dados deixam de trazer coisas novas, o que implica que o processo de análise decorra em simultâneo com a recolha de dados”. As informações gravadas foram posteriormente transcritas na íntegra em *word* e enumeradas de forma a poderem ser submetidas a codificação. A originalidade dos discursos foi preservada e as reticências utilizadas em alguns momentos para indicar a supressão de falas. Após a recolha da informação houve necessidade de arrumá-la para que fizesse sentido e agrupá-la. Assim, recorremos à análise de conteúdo de Bardin, como técnica de investigação qualitativa. A transcrição das 12 entrevistas compreende o material a analisar, o *corpus*, que para Bardin (1977, p.96) é “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.” A codificação é de acordo com Bardin (1977) o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades. Deste modo, as informações colhidas foram analisadas e incluídas em categorias (Apêndice 5). Araújo, Caires e Oliveira (2011), definem categorias como “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em função dos caracteres comuns desses elementos” (p.346). O critério de categorização por nós utilizado foi o semântico (categorias temáticas).

No que respeita ao questionário este consiste numa série de perguntas relativas à situação social e/ou profissional do inquirido, às suas opiniões, às suas atitudes em relação às opções ou a questões humanas e sociais, às suas expetativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema (Quivy & Campenhoudt, 1992). Entre as desvantagens destacam-se as fracas taxas de resposta e a taxa elevada de dados em falta. O questionário utilizado para o estudo resultou da pesquisa de vários estudos sobre a temática que pretendemos abordar, tendo-se

identificado diferentes variáveis, e no equilíbrio com a nossa experiência clínica, concertámos um conjunto de afirmações relativamente às quais solicitamos a opinião das participantes (Apêndice 6).

Antes da distribuição propriamente dita dos questionários à nossa população, efetuou-se um pré-teste a cinco puérperas. No nosso questionário teste realizámos algumas alterações, nomeadamente na clarificação de determinados termos técnicos, que colocámos entre parênteses. Fortin (2003) ressalta a importância do pré-teste porque permite verificar se: os termos utilizados são facilmente compreensíveis e sem equívocos; as questões utilizadas permitem recolher as informações desejadas; o tempo de preenchimento do questionário está adequado; o questionário é interessante; as questões não são ambíguas. Os dados obtidos pelos questionários foram tratados com recurso ao programa estatístico SPSS[®] (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20 com representação de frequências e percentagens e medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

As dificuldades sentidas na fase que envolveu a recolha de dados relacionaram-se com a pouca destreza no campo da investigação. Relativamente às entrevistas, o agrupamento das informações em categorias não foi de fácil execução. Implicou da nossa parte um esforço por não adulterar os dados das puérperas. Na fase do recrutamento para a entrevista, deparámo-nos com alguns fatores dificultantes, como a gestão do tempo da duração da entrevista e a criação do ambiente favorável mais propício. O turno da manhã é muito movimentado e repleto de cuidados algo demorados o que contribuiu para o atraso no início das entrevistas, pelo que conjuntamente com as colegas de serviço fomos encontrando estratégias e condições que proporcionaram a realização das entrevistas. Para a efetivação das entrevistas tivemos que questionar a disponibilidade da puérpera e motivação para colaborar connosco.

No processo de recolha dos dados quantitativos, um dos obstáculos com que nos confrontámos foi a entrega e receção dos questionários preenchidos, uma vez que reduzimos o momento da aplicação à semelhança das entrevistas, apenas ao dia da alta clínica da puérpera. De forma a não haver necessidade de deslocações diárias ao serviço, solicitámos a colaboração das colegas na entrega dos questionários, com uma explicação prévia das partes constituintes e critérios de elegibilidade. Porém e apesar de manifestarem interesse na temática, por razões de sobrecarga de cuidados de enfermagem estes nem sempre foram entregues. A este condicionante anexa-se o facto

de em média apenas duas puérperas terem alta por dia, o que condicionou o número de questionários preenchidos em função do tempo definido para a sua aplicação (um mês).

5.3- Análise Reflexiva das Estratégias Acionadas

Imperatori e Giraldes (1982) definem estratégia de saúde como um conjunto coerente de técnicas específicas com o fim de alcançar um determinado objetivo, que no nosso caso constituíram todas as estratégias com vista à concretização dos objetivos que definimos no capítulo anterior.

A execução da sessão de formação ao grupo de enfermeiras implicou a realização de alguns procedimentos prévios, como sejam: a elaboração de um plano de sessão (Apêndice 8) e apresentação em *powerpoint* (Apêndice 9). A escolha da data e hora mais favorável e o espaço físico esteve sob a responsabilidade da nossa colega da formação em contexto de serviço. A sessão de apresentação dos resultados da investigação desencadeada teve lugar na sala de informática do HJJF na data prevista (Apêndice 10). O tempo de apresentação efetivo, aproximadamente 40', foi cumprido. No que respeitou a parte conclusiva, os 10' destinados não foram suficientes, uma vez que algumas colegas se mostraram surpreendidas com a realidade do serviço e manifestaram a sua opinião face aos resultados apresentados, questionando a metodologia de ensinos do serviço. Importa aqui esclarecer como se processam os ensinos que são efetuados no serviço, sobre aleitamento materno. Estes encontram-se parametrizados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE] e organizados de forma a proporcionar uma aprendizagem progressiva da puérpera. As intervenções de enfermagem estão agrupadas nos fenómenos (amamentar e função) e têm normas associadas (Apêndice 16). Estas intervenções constituem apenas orientações da nossa prática. A avaliação das necessidades educativas no campo do aleitamento materno tem início imediatamente após o nascimento do bebé. As nossas intervenções incidem sobre a transmissão de informação sobre os cuidados a ter com os mamilos, a técnica de amamentação (posicionamentos, intervalo e duração das mamadas), explicação do processo de lactação, “subida” do leite, ingurgitamento mamário, mastite e extração e conservação de leite materno.

A necessidade de iniciar rapidamente o registo de aleitamento materno no serviço de obstetrícia, levou-nos a procurar formas e meios para concretizar essa intervenção. Para tal, comunicámos via telefónica com as entidades responsáveis pela

publicação do RAM, a DGS e a Organização Pró Aleitamento Materno em Portugal (Mamamater). Na DGS fomos encaminhadas para as pessoas responsáveis pela divulgação do projeto, uma enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia. Os trâmites necessários ao início do registo informático, foram-nos enviados por *e-mail* pela responsável do RAM (Apêndice 11). Fomos também informada da circular informativa n.º 26/DSR de 29/06/2010 que dá a conhecer a todos os serviços de saúde esta iniciativa da DGS (Apêndice 12). Após exposição da nossa pretensão e dos mecanismos necessários para acionar o registo de aleitamento materno, elaborámos em conjunto com a nossa Enfermeira Chefe, uma proposta escrita dirigida ao Conselho de Administração do Hospital (Apêndice 13). Demos também conhecimento oral da nossa proposta à Diretora Clínica de Pediatria, na ausência do Diretor do Departamento de Saúde da Mulher e Criança. Através da consulta do documento eletrónico da proposta que efetuámos (Apêndice 14), constatámos que este foi encaminhado para os membros do Conselho de Administração, Direção de Enfermagem, Diretor do Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Diretora Clínica do Serviço de Obstetrícia e Enfermeira Chefe. Já temos, porém, alguns pareceres que nos transmitem motivação e alento na nossa luta para alcançar este objetivo e que transcrevemos de seguida:

“É nas “pequenas” coisas do dia a dia que vamos vendo o que no dia a dia vamos fazendo...! Sendo uma decisão da tutela, independentemente do que a colega propõe fazer, iniciar o registo em causa deverá constituir uma prioridade” (Enfermeiro Chefe de Serviço e Adjunto do Enfermeiro Diretor);

“É de todo o interesse o registo em RAM uma vez que são pedidos dados à UCF que facilmente são extraídos se registados no mesmo e tal interesse já foi manifestado pela enfermeira responsável do grupo de saúde materna dos cuidados de saúde primários. (...). No entanto deve ser ponderado na direção de enfermagem uma vez que implica por parte dos enfermeiros mais um registo noutra aplicativo que não aquele onde habitualmente o fazem” (Enfermeira Responsável em Cuidados de Saúde Primários)

“Penso que se deve incentivar a iniciativa até porque está no contexto da DGS e da OMS (Organização Mundial de Saúde)” (Diretora Clínica do Serviço de Obstetrícia)

“Julgo ser de todo o interesse para a nossa região termos dados acerca do resultado do nosso trabalho quer a nível dos cuidados de saúde primários

quer a nível dos cuidados hospitalares. Este pedido foi previamente discutido comigo e com a equipa. (Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia)

Até ao término do nosso relatório, a nossa proposta continua dependente de alguns pareceres como é notório no e-doc que colocamos na secção dos apêndices (Apêndice 14), pelo que a sua efetivação não se concretizou até ao momento.

O processo de elaboração do folheto informativo foi algo complexo. Primeiramente tivemos alguma dificuldade em selecionar os conteúdos a incluir, de forma a que fosse atrativo, utilizasse uma linguagem simples e permitisse uma rápida leitura e compreensão. O rascunho do folheto foi submetido ao parecer da equipa de enfermagem. Para podermos distribuir os folhetos às utentes, houve necessidade de contactar o gabinete de comunicação e marketing, para formatar o folheto com a imagem veiculada pela ULSBA (Apêndice 15). Atualmente o folheto encontra-se a ser distribuído na “Consulta do 3.º Trimestre” assim como se encontra presente no serviço.

5.4- Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

A disponibilidade de recursos materiais e humanos foi imprescindível para a realização das intervenções. Assim conseguimos, por parte da nossa entidade patronal, uma sala para a sessão de formação, computador portátil e equipamento de projecção de imagem. Os materiais necessários para a realização das entrevistas e questionários e impressão de folhetos foram suportados por nós em parceria com a instituição.

Como trabalhamos com pessoas e para pessoas, os recursos humanos com os quais partilhámos as nossas intervenções foram: as puérperas, a equipa de enfermagem (incluindo a Enf.^a Chefe), a Diretora Clínica do Serviço, os pediatras, o Enf.^o Diretor e a Comissão de Ética.

5.5- Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

O primeiro contato desenvolvido teve em mente o dar a conhecer o nosso projeto, envolveu uma conversa informal (com entrega do projeto em papel) com a Enf.^a Chefe e mais tarde com a Diretora Clínica do serviço.

Durante o decorrer da implementação do projeto houve necessidade de estar em contato permanente com os nossos superiores hierárquicos (Enf.^a Chefe; Enf.^o Diretor; Conselho de Administração; Comissão de Ética). O primeiro contato teve em vista a

autorização da aplicação das entrevistas e o segundo a aplicação dos questionários (Apêndice 1). Mais tarde houve necessidade de contactar o Enf.º Diretor para proceder à apresentação da proposta de registo do aleitamento materno no serviço (Apêndice 13).

Contatámos também por telefone e *e-mail* com a DGS, para obtenção de informações relativamente aos passos a dar para iniciar o registo de aleitamento materno na obstetrícia (Apêndice 11).

Para a modificação e adaptação da imagem do folheto de acordo com as normas da instituição, procurámos o auxílio do gabinete de comunicação e marketing do Hospital.

5.6- Análise da Estratégia Orçamental

As despesas monetárias foram-se acumulando ao longo de todo o projeto, entre as quais destacamos os gastos relacionados com as entrevistas (aquisição de gravador de voz; impressão de folhas para autorização da puérpera); despesas com os questionários (fotocópias; aquisição de esferográficas); despesas com a distribuição dos folhetos (impressões em papel); despesas com contatos telefónicos e *internet*; despesas com deslocações às bibliotecas, ao serviço de obstetrícia e à Escola Superior De Enfermagem São João de Deus (Évora).

5.7- Cumprimento do Cronograma

“Um projeto não se reduz a um mero ‘projeto de intenções’ e como tal não pode deixar de conter um cronograma” (Salomon, 2001, p.223). O cronograma indica a data previsível para a conclusão do projeto, o tempo necessário para a sua realização e apresenta as diversas fases de desenvolvimento das atividades que conduzem à sua concretização (Fernandes, 1993). No cronograma devem estar presentes elementos como o tempo (início, duração e término) e a natureza das atividades a implementar. Na ótica de Salomon (2001) o cronograma tem um cariz dinâmico e flexível, ou seja, o início, duração e término de uma fase ou atividade não pode ser entendido de forma rígida e de uma maneira estanque; da mesma forma que, nem sempre o término de uma fase obriga de imediato ao início de outra, há a possibilidade de fases distintas se sobreporem.

Não sendo um guia rígido das atividades e tempo disponível para a sua implementação, sentimos necessidade de reformular o cronograma de atividades por dificuldades em ajustar o tempo necessário para o desenvolvimento das intervenções e a nossa atividade laboral, pelo que anexamos ao relatório um cronograma revisto para uma melhor compreensão de todo o processo que envolveu as nossas intervenções (Apêndice 17).

A preparação do guião da entrevista e folha de consentimento informado e a sua autorização aconteceu no período de fevereiro a março de 2012. Após termos o parecer positivo para a realização das entrevistas iniciámos logo de imediato em abril de 2012 (Apêndice 2). A oportunidade para apresentação dos resultados das entrevistas surgiu por convite da nossa colega da formação em serviço, uma vez que era totalmente impossível reunir as condições para que pudesse ocorrer pontualmente. Apenas foi possível em novembro do ano transato, altura em que o gabinete de formação multiprofissional promoveu mais uma formação em serviço.

O pedido de autorização dos questionários foi efetuado logo no início de abril do ano corrente e encontra-se em processo de formalização (Apêndice 1). Os dados dos questionários foram tratados à medida que os mesmos foram sendo respondidos.

A realização da proposta com vista à implementação do registo eletrónico do AM na DGS, deveria ter sido efetuada mais precocemente, porque o que aparentava ser um processo relativamente rápido, transformou-se num processo muito lento e sujeito a autorizações/pareceres de diversas pessoas, como evidencia o apêndice 14 .

A procura de bibliografia que conferisse suporte ao nosso relatório e intervenções foi uma necessidade constante. A apresentação do relatório tal como se configura foi sujeita a diversas alterações, por existir necessidade em adicionar e/ou clarificar alguma informação, pelo que foi uma tarefa diária.

6- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Neste capítulo passaremos a realizar uma avaliação dos objetivos propostos e da implementação do programa, com uma sucinta descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas.

6.1 – Avaliação dos Objetivos

Pacheco (2010) refere que avaliar consiste, de modo essencial, em determinar em que medida os objetivos previstos estão a ser realmente alcançados, reforçando que a mesma deverá ser realizada em função dos objetivos propostos, para que possa ser considerada.

Como tal, face ao primeiro objetivo de intervenção profissional que definimos, o de **diagnosticar a situação de aleitamento materno no nosso serviço**, verificámos algumas discrepâncias nos resultados obtidos entre os dois instrumentos de recolha de dados. Pensamos que vários poderão ter sido os fatores que ajudaram a esta situação. A aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi feita em dois períodos temporais distintos (espaçamento de um ano) e, consequentemente, a dois grupos de puérperas com características diferentes (p.ex média de idades; paridade); ainda que a entrevista nos tenha permitido explorar os conhecimentos e experiências de aleitamento materno, tentando sempre examinar as principais dúvidas das puérperas, o questionário não tem essa vantagem, uma vez que é de resposta direta, não permite tal profundidade e pode estar sempre sujeito à interferência de opiniões exteriores ao inquirido. Por outro lado, o questionário constituiu um meio de obtenção de informação sem que o inquirido se sentisse constrangido na partilha das suas opiniões e dos próprios conhecimentos com o investigador por inexistência de confrontação direta com o mesmo. O questionário permitiu-nos incluir na sua composição outros assuntos, como o da candidíase mamária e mastite, que não foram abordados no guião da entrevista. De um modo geral considerámos que conseguimos concretizar o objetivo a que nos propusemos e conhecer especialmente a prática de aleitamento materno das puérperas internadas no nosso serviço.

Relativamente ao 2.º objetivo que delineamos, o de **sensibilizar a equipa para uma intervenção contínua visando o aleitamento materno na nossa população**,

consideramos que a apresentação dos principais resultados do nosso estudo qualitativo, constituiu um instrumento de utilidade para as colegas. De facto contribuímos para uma consciencialização coletiva da nossa “realidade”, que era pouco conhecida por algumas enfermeiras, nomeadamente as que com menos frequência realizam turnos no puerpério (enfermeiras parteiras). A nossa intervenção na promoção do AM é por todas as colegas generalistas reconhecida como imprescindível e como tal carece de um maior investimento na uniformização das nossas condutas e práticas educativas. A informação que obtivemos com as entrevistas e a partilha desses conteúdos com as nossas colegas, constituiu um meio de sensibilização para a temática.

Apesar de termos projetado o **registo de aleitamento materno na plataforma da DGS**, por motivos alheios à nossa atuação e aspetos legais inerentes à Administração e extrínsecos a nós, não se conseguiu efetivar o registo até ao término deste relatório. Vamos continuar a lutar para que esse registo se realize com brevidade.

No sentido da **fomentação da prática de aleitamento materno**, cumprimos o objetivo que delineamos para a população-alvo. O nosso folheto foi entregue nos momentos que descrevemos anteriormente, após o levantamento das necessidades educativas das puérperas. A promoção desta prática foi implementada, no entanto, a avaliação da sua eficácia não esteve nas nossas mãos. Apesar de se verificar algum *feedback* no momento da entrega do folheto, uma análise da sua utilidade e conteúdos não ocorreu. Uma das estratégias para avaliação das nossas práticas educativas no puerpério, poderá estar dependente da continuidade do registo de aleitamento materno pelos cuidados de saúde primários.

6.2- Avaliação da Implementação do Programa

A implementação do programa foi consensual entre a equipa de enfermagem do serviço, porque de facto a questão do aleitamento materno e a amamentação é um dos principais focos de atuação de todas nós e no qual encontramos mais dificuldades no nosso quotidiano. As puérperas que nos chegam diariamente ao serviço não apresentam todas os mesmos conhecimentos e experiências neste campo, mas este projeto permitiu-nos um conhecimento mais profundo dos temas de aleitamento materno que especificamente devemos desenvolver.

6.3- Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas

Introduzidas

A implementação dos questionários apresentou-se como uma medida corretiva necessária, de forma a conseguir generalizar mais os achados à população e aferir algumas das conclusões retiradas da análise das entrevistas.

Não se verificaram momentos de avaliação intermédia.

7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Por competência, entende-se “um saber agir responsável e que é reconhecido pelo outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (Fleury & Fleury, 2001, p. 187). A ordem dos enfermeiros (2012) entende que através da aquisição de competências, o enfermeiro passa a deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizando em contexto de prática clínica lhe permite avaliar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas.

Ao longo da execução do projeto foram sendo mobilizadas algumas competências já anteriormente adquiridas enquanto Enfermeiras de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012a). Assim, durante a execução do nosso projeto contribuímos para a promoção da saúde, através do reconhecimento do potencial de educação para a saúde que as intervenções de enfermagem detêm na população-alvo (puérperas) e compreensão acerca das práticas existentes pelas profissionais de saúde (enfermeiras) do serviço. Contribuímos também para o desenvolvimento da nossa profissão, através do desenvolvimento das práticas de enfermagem e da valorização da investigação enquanto meio de aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados prestados e da participação em programas que visem a garantia dessa qualidade. A implementação do nosso projeto e das intervenções ajudou ao desenvolvimento e formação das colegas, inserido num processo de formação contínua necessária ao exercício da profissão.

Adquirimos competências específicas da EESMOG, e que se manifestaram na conceção do nosso projeto e que visou o planeamento e implementação de intervenções/medidas que promovem-se e apoiassem o Aleitamento Materno tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

8- CONCLUSÃO

O desenvolvimento de um projeto deste cariz constitui-se como uma mais valia no crescimento pessoal e formação académica enquanto futura enfermeira especialista. Se por um lado, foi um mecanismo adjuvante na aquisição de competências de investigação, por outro, através do planeamento e implementação de intervenções que possam de alguma forma melhorar a prática de AM nas puérperas (alvos dos nossos cuidados de enfermagem), contribuiu para o desenvolvimento de competências inerentes à EESMOG. Paralelamente, e em termos institucionais, mais propriamente no Serviço de Obstetrícia, existiram também ganhos importantes, já que a avaliação de todo e qualquer processo de ensino/intervenção por parte dos profissionais de saúde, vem possibilitar uma deteção de fatores potencialmente limitativos no crescimento dos padrões de qualidade do serviço.

A realização deste trabalho possibilitou-nos o conhecimento mais abrangente dos aspetos que envolvem todo o processo de amamentação, que ao contrário do que empiricamente é percecionado, a aquisição de conhecimentos e o contato com esta realidade deverá ter início ainda durante o período gestativo e continuar pelo puerpério. Se, por um lado, concordamos que durante a gravidez existe maior disponibilidade e pré-disposição para assimilar todas as informações que lhe são transmitidas, as grandes dificuldades surgem no momento de confrontação com o ato de amamentar, que quanto a nós se materializa no pós-parto. Neste sentido, a atuação da enfermeira é primordial para o sucesso desta prática. Para que a puérpera sinta segurança e autonomia nas suas práticas (condição essencial para o sucesso da amamentação referida por vários autores), torna-se importante que a atuação junto da mesma seja individualizada, contudo sujeita a alguns padrões de rigor, de forma a que toda a equipa transmita a mesma informação, dissipando-se dúvidas, práticas individuais e opiniões muito próprias, que apenas poderão gerar maior conflituosidade a nível da prática de amamentação. Paralelamente à partilha de algumas informações pertinentes à melhoria da amamentação, deverão ser recorridas outras estratégias de facilitadoras da aprendizagem, como o recurso à entrega de documentos escritos (p.ex folhetos).

Constatámos também, no decorrer do trabalho, que a maioria das mães têm conhecimento acerca das vantagens do aleitamento materno para o RN, contudo estas descuram, na sua maioria, as mais valias para elas próprias. Na literatura encontrada, está descrito que a prática de amamentação se apresenta aumentada quando as senhoras

são conhecedoras dos benefícios que a amamentação acarreta para as próprias, pelo que o reforço destas vantagens é extremamente importante no processo educacional estabelecido, promovendo-se o aumento da taxa de amamentação. Ainda nesta linha de pensamento, salientamos a importância de dotar as puérperas de conhecimentos e autonomia na capacidade de observação da mama (não só em termos de integridade, mas de produção de leite materno). Pensamos que desta forma estaremos a capacitá-las a tomar decisões e escolhas adequadas, quando se lhes é colocada a suposição de “pouco leite”. O conhecimento destes aspetos e dos mecanismos lactação deverão impedir em algumas situações o recurso de imediato à administração de suplemento de leite artificial, preconizando-se a consulta em primeira instância de um profissional de saúde.

Foi interessante constatar que a equipa de enfermagem não apresentava uma perceção real dos défices de conhecimentos que as puérperas apresentavam relativamente à amamentação. Tal dado permite perceber que os ensinamentos realizados se mostram insuficientes, a nível hospitalar, mas também no âmbito dos cuidados de saúde primários, uma vez que será nesse contexto que a maior parte da informação deverá ser apreendida, como forma de promoção da autonomia da puérpera e melhorar a qualidade de vida da mesma e do filho.

Gostaríamos de salientar que este foi um processo extremamente produtivo, com muitos ganhos individuais, mas que o mesmo ainda não é finito. Todo e qualquer processo de intervenção apresenta um carácter de continuidade, pelo que a temática aqui apresentada não se vê esgotada. É nosso desejo que este trabalho seja um ponto de partida para novas investigações e intervenções, de forma a ser desenvolvido um sólido corpo de conhecimentos com vista à aquisição da melhor qualidade dos cuidados de enfermagem.

Todos os estudos encontram influências na sua execução, constituindo-se as mesmas de um cariz positivo ou, porventura, limitativo. Contudo, mais importante que identificar essas mesmas influências, é a reflexão e análise das mesmas, como forma de contribuição para investigações futuras. Qualquer trabalho de intervenção apresenta-se limitado pela maior ou menor prontidão de resposta a nível de superiores hierárquicos. Todos os processos burocráticos apresentam-se como obstáculos para a intervenção planeada, sendo que neste caso tal situação não foi exceção. A demora em obter algumas autorizações limitou a atuação pretendida inicialmente, pelo que o tempo se

tornou infrutífero e extremamente limitado para a execução de algumas intervenções que *à posteriori* foram surgindo na nossa mente.

Por fim, como sugestão, mantendo sempre em mente a execução de um novo trabalho desenvolvido nesta temática, consideramos que seria importante o reforço de atividades e de avaliação das mesmas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, como forma de entendermos com que conhecimentos a maioria das puérperas terminam o período gestacional, de forma a que os ensinamentos sobre AM realizados no puerpério imediato possam ir de encontro às lacunas que prevalecem e mais proveitosos para a alta domiciliar. Paralelamente, consideramos que ao terem sido identificados os principais assuntos sugestivos de necessidade de investimento educativo, deveriam ser expostos posters nas enfermarias de puérperas com informação centrada nas lacunas identificadas, de modo a promover o contato direto e constante com a informação. Outra sugestão por nós pensada passa pela reformulação da parametrização do SAPE e que pretendemos pôr à consideração dos responsáveis para formalizar. Neste sentido sugerimos a inclusão de um item que explicita o tipo de alimentação do RN (AM, aleitamento artificial ou misto) de forma a que possa ser constituído um indicador para o serviço e para a Instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, V., Gomes, A., Rezende, C., Sampaio, M., Dias, O. e Lugarinho, R. (2008). A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista brasileira de educação médica*. 32(3), p. 356-362. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>
- Araújo, C., Caires, T. & Oliveira, T. (Julho/Setembro de 2011). Análise do conhecimento, manejo e informações recebidas pelas mães sobre amamentação. *Revista de enfermagem do centro Oeste Mineiro*, 1(3), p. 342-354. Disponível em: http://www.4shared.com/office/YORzpSnW/ANLISE_DO_CONHECIMENTO_MANEJO_.html?aff=7637829
- Azevedo, A., Cruz, D., Marques, D., Sá, C. & Souza, I. (2011). Conhecimento das puérperas sobre o aleitamento materno. *Facene/Famene*. 9(2). P. 39-44. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-39-44-Conhecimento-das-pu%C3%A9rperas.pdf>
- Azevedo, D., Costa, P., Damasceno, A., Freitas, L., Pinheiro, P. & Reis, A. (Abril/Junho de 2010). Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Revista Rene Fortaleza*. 11(2), p.53-62. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/373/pdf>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Barreto, C., Christoffel, M. & Silva, L. (2009). Aleitamento materno: a visão das puérperas. *Rev. Eletr. Enf.* 11(3), p. 605-611. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>.
- Bergini, L., Demitto, M., Mathias, T., Oliveira, M., Páschoa, A. & Silva, T. (2010). Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Revista Rene*. V.11, p.223-229. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/494/pdf>

- Carvalho, J., Carvalho, C. & Magalhães, S. (2011). A importância da assistência de enfermagem ao aleitamento materno. *E-scientia*, 4(2), p.11-20.
- Carvalho, P., Goldberg, T., Ondani, L., Saes, S. & Valarelli, T. (2006). Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. *Revista Paul Pediatría*, 24(2), p.121-126. Disponível em: http://www.spsp.org.br/Revista_RPP/24-15.pdf
- Catafesta, F., Zagonel, I., Martins, M., & Venturi, K. (Julho/Setembro de 2009). A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. *Revista Enfermagem Escola Anna Nery*, 13(3), p.609-616. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a22.pdf>.
- Pereira, E., Pereira, E. Silva, L. & Cavalcante, M. (2007). Apoio à amamentação no puerpério imediato. *Revista Instituto Ciências e Saúde*, 25(3), p. 221-228. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/03_jul_set/V25_N3_2007_p221-228.pdf
- Centeno, M. (2010). Puerpério e lactação. in Graça, L. (2010). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Chiavenato, I. (1994). *Administração de empresas: uma abordagem contingencial*. (3ª edição). São Paulo: Makron Books.
- Conceição, M., Figueiredo, L. & Graça, M. (Março/ Abril de 2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), p. 1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf
- Correia, E., Figueira, R., Gouveia, S., Martins, S., Nascimento, J., Rocha, L., et al. (2005). Aleitamento materno- prevalência e factores Condicionantes. *Acta Medica Portuguesa*, 20, p. 193-200. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/859/5>

- Costa, J. (1999). Tese de mestrado: Método e percepção de cuidar em enfermagem. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10141?mode=full>
- Devane, D., Dring, C., Engel, C., Fallon, A., Fealy, G. & Moylett, E. (2011). Baby-led versus scheduled breastfeeding for healthy newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Direcção Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos- Vol. II - Orientações estratégicas. Lisboa: DGS. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Fernandes, A. (1993). *Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos*. Porto: Porto Editora.
- Filipe, M. (2011). *Visita domiciliária: contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20122/1/Visita%20domicili%C3%A1ria_Contributos%20da%20enfermagem%20na%20manuten%C3%A7%C3%A3o%20da%20amamenta%C3%A7%C3%A3o_F%C3%A1tima_Filipe.pdf
- Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC, p. 183-196. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fraser, D. & Cooper, M. (2010). *Assistência obstétrica: um guia prático para enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (Maio/Junho de 2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(3), p. 549-556. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>

- Giugliani, E. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de pediatria*, nº76, p. 238-252. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54366/000295636.pdf?sequence=1>
- Giugliani, E., Neves, J., Polanczyk, C. Rocha, V., Seffrin, L. & Susin, L. (1995). Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *Jornal de Pediatria*. 71(2), p.77-81. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-77/port.pdf>
- Gómez, M. in Maldonado, J., Ansótegui, J., Papí, A., Hernández-Aguilar, M., Rivera, L., Velillas, J., Torre, M., Valero, J., Rubio, A., Morales, V., Talayero, J., Galán, I., Molina, M. & Torre, D. (2004). *Lactancia materna- guia para profesionales*
- Guimarães, P. (2008). *Métodos Quantitativos Estatísticos*. IESDE Brasil. Disponível em: http://people.ufpr.br/~prbg/public_html/ce003/LIVRO1.pdf
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Disponível em: <http://www.ine.pt>
- Larocca, P., Rosso, A., Souza, A. (Março de 2005). A formulação dos objetivos de pesquisa na pós-graduação em Educação: uma discussão necessária. *RBPG*, 2(3), p. 118-133. Disponível em: http://www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/downloads/RBPG/vol.2_3_mar2005_/118_133_formulacao_objetivos_pesquisa_posgraduacao_educacao.pdf
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. UNICEF.
- Lopes, M. (2006). *Manual de Estilo da Apa: Regras Básicas, American Phycological Association*. Portalegre: Artmed.
- Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem – crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência*, 2ª série, nº2, p. 21-32.

- Maldonado, J. in Ansótegui, J., Gómez, M., Papí, A., Hernández-Aguilar, M., Rivera, L., Velillas, J., Torre, M., Valero, J., Rubio, A., Morales, V., Talayero, J., Galán, I., Molina, M. & Torre, D. (2004). *Lactancia materna- guia para profesionales*.
- Mannel, R., Martens, P. & Walker, M. (2011). Manual pratico para consultores de lactação. Loures: Lusociência.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2002). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editoras Atlas.
- Martins, A. & Martins, E. (Janeiro/Março de 2008). Assistência de enfermagem domiciliar no puerpério para garantir sucesso no aleitamento materno: relato de caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, nº15, p.82-93
- Mendes, F. & Zangão, M. (Agosto de 2010). Aleitamento Materno: uma abordagem na área de influência num hospital de apoio perinatal diferenciado no Alentejo. *Revista de Investigação em Enfermagem*, p. 37-44.
- Morales, V. in Maldonado, J., Ansótegui, J., Gómez, M., Papí, A., Hernández-Aguilar, M., Rivera, L., Velillas, J., Torre, M., Valero, J., Rubio, A., Talayero, J., Galán, I., Molina, M. & Torre, D. (2004). *Lactancia materna- guia para profesionales*.
- Nelas, P., Ferreira, M. & Duarte, J. (2008). Motivação para amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista Referência*, nº6, p. 39-56. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/063956.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012a). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2012b). REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Orfão, A. (2012). Registo de Aleitamento Materno: relatório de julho de 2010 a junho de 2011. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf
- Pacheco, C. (2010). Por que avaliar? Definição dos objetivos gerais. Consultado dia 04 de Maio de 2013. Disponível em: <http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/por-que-avaliar-definicao-dos-objetivos-gerais-3476114.html>
- Pasqual, K., Braccialli, L. & Volponi, D. (Abril/Junho de 2010). Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), p.334-339. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17872/11662>
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M., Levy, L., Matos, M. & Calheiros, J. (2008). Influência da correcção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental. *Revista Referência*, 2 (6), p. 27–38. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/062738.pdf>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.
- Rafael, E., Silva, R. & Rodrigues, M. (2005). O significado da amamentação para a mulher primípara. *Escola Anna- Nery Revista de Enfermagem*, 9(2), p. 221-228. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127720493009>

- Rodrigues, T., Vale, L., Leitão, R., Silva, R., Rocha, S. & Pedrosa, J. (Abril/Junho de 2011). A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Revista interdisciplinar NOVAPI*, 4(2), p. 21-26. Disponível em: <http://www.uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/pdf/revistavol4n2.pdf#page=21>
- Salomon, D. (2001). *Como fazer uma monografia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, R. & Gouveia, S. (2007). Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Med Port*, nº 20, p.193-200. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/859/533>
- Schön, D. (1987). *Educating the Reflexive Practitioner*. New York: Jossey-Bass.
- Strapasson, M. & Nedel, M. (Setembro de 2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(3), p. 521-528. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12897/10883>
- Unidade de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA). Disponível em: <http://www.hbeja.min-saude.pt/>
- Vaucher, A. & Durman, S. (2005). Amamentação: crenças e mitos. *Revista electrónica de enfermagem*. 7(2), p. 207-214. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/881/1054>
- World Health Organization (WHO) (2007). *Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595193_eng.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Pedido para Aplicação dos Instrumentos de Recolha de Dados

**Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de
Administração da ULSBA**

Maria Eugénia Elias Anastácio, enfermeira no serviço de Obstetrícia, a frequentar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, e dando cumprimento à elaboração do trabalho final cujo objetivo geral é: - **Averiguar quais os conhecimentos que as puérperas internadas no serviço de obstetrícia demonstram sobre aleitamento materno;**

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. a aplicação de instrumentos de recolha de dados (entrevista) às puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia deste Hospital.

Junto se anexa o convite de participação dirigido às puérperas e o guião da entrevista.

Muito respeitosamente,

Pede deferimento

Maria Eugénia Anastácio

Beja, 20 de Fevereiro de 2012

Maria Eugénia Anastácio

Rua do Canal nº 37A

Tlm:965540339

e-mail: eugeniaanast@gmail.com

**Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de
Administração da ULSBA**

Maria Eugénia Elias Anastácio, enfermeira no serviço de Obstetrícia, a frequentar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, e dando cumprimento à elaboração do relatório final, pretende **Averiguar quais os conhecimentos que as puérperas internadas no serviço de obstetrícia demonstram sobre aleitamento materno;**

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. a continuação da aplicação de instrumentos de recolha de dados, neste caso um questionário às puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia deste Hospital.

Junto se anexa o questionário.

Muito respeitosamente,

Pede deferimento

Maria Eugénia Anastácio

Beja, 01 de Abril de 2013

Maria Eugénia Anastácio

Rua do Canal nº 37A

Tlm:965540339

e-mail: eugeniaanast@gmail.com

**APÊNDICE 2- Evolução do Pedido de Aplicação dos Instrumentos de Recolha de
Dados (E-Doc)**

Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2012/23739



Assunto: Aplicação de entrevista a puerperas (âmbito de mestrado)

Observações: Solicito a aplicação de entrevista a puerperas para conclusão do trabalho final de mestrado de saúde materna e obstetria.
Enfª Eugénia

Processos

Código	Assunto	Estado
--------	---------	--------

Antecedentes

Código	Assunto	Data Início
--------	---------	-------------

Registos Associados

Livro	Ano	Número	Assunto	Observações	Criado em
-------	-----	--------	---------	-------------	-----------

Conhecimentos

Perfil	Nome	Autor	Data
--------	------	-------	------

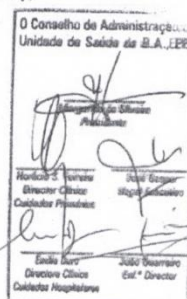
Etapas

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2012/23739
Etapa nº: 1
Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: Maria Anastacio - ULSBA
Executante: Maria Anastacio - ULSBA
Data de Leitura: 23-03-2012 9:19:08
Envio: 23-03-2012 11:00:48
Assinada: Não
Documentos:

Nome	Assinaturas
Pedido de autorização à ULSBA.docx	
Convite à Participação no Estudo.docx	
Guião entrevista.docx	

Cópias Para:**Parecer/Informação:**

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2012/23739
Etapa nº: 2
Nome:
Descrição:
Percurso:



OC. A. de 18.1 em 28.03.2012
 Acta N.º 16
 28.03.2012
 Ponto 18.1

APÊNDICE 3 - Convite às Puérperas para Participação na Entrevista

Convite a Participação em Estudo de Investigação

Chamo-me Maria Eugénia Anastácio e sou enfermeira no serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA. Atualmente, encontro-me a terminar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora.

Para a elaboração do trabalho final, senti necessidade de realizar um estudo com vista a **averiguar os conhecimentos que as puérperas têm sobre aleitamento materno no momento da alta**. Caso aceite participar, gostaria de a entrevistar. As suas respostas são confidenciais e se em qualquer momento desejar desistir de participar no estudo, poderá fazê-lo sem que haja qualquer consequência.

Muito agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar.

(Assinatura da participante)

Beja, __de _____ de 2012

APÊNDICE 4 - Guião da Entrevista

TEMA: Conhecimentos e experiências das puérperas internadas no serviço de obstetrícia do hospital de Beja sobre Aleitamento Materno.

DESTINATÁRIOS: Todas as puérperas que aceitem participar no estudo e que reúnam os critérios de elegibilidade.

Local: Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja.

Nomento da entrevista: dia da alta da puérpera.

Duração: Limite máximo - 30 minutos.

Período de aplicação das entrevistas: mês de Abril de 2012.

Instrumento de recolha de informação: gravador de voz.

OBJECTIVO GERAL: Averiguar quais os conhecimentos e experiências que as puérperas internadas no serviço de obstetrícia do Hospital de Beja demonstram sobre aleitamento materno, no dia da alta clínica.

- ❖ **Objetivos específicos:** Identificar as principais dúvidas sobre amamentação existentes no dia da alta; Identificar o(s) factor(es) que possam interferir com a aquisição de conhecimentos sobre aleitamento materno.

Tipo de entrevista: “*focused interview*”. Compreende a elaboração de uma grelha com os tópicos que pretendemos abordar na entrevista, de forma a que sejam todos incluídos sem que haja uma ordem específica no decorrer da entrevista.

BLOCOS	OBJECTIVOS	TÓPICOS A ABORDAR NA ENTREVISTA
BLOCO A LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA	- Obter o consentimento da puérpera para participar no estudo;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicação dos objetivos da entrevista; ▪ Esclarecimento do carácter académico do estudo; ▪ Comunicação da possibilidade de desistir da entrevista em qualquer momento; ▪ Assinatura do consentimento informado.
BLOCO B IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA	- Caracterizar a amostra do estudo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data de nascimento; ▪ Escolaridade; ▪ Profissão; ▪ Estado civil; ▪ Paridade; ▪ Tipo de parto; ▪ Vigilância da gravidez.
BLOCO C PREDISPOSIÇÃO DA ENTREVISTADA PARA O ALEITAMENTO MATERNO (AM)	- Avaliar a predisposição da puérpera para o aleitamento materno durante a gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o interesse/motivação em obter ou não informações sobre amamentação durante a gravidez; ▪ Conhecer o tipo de informação obtida pela puérpera durante a gravidez: Sub-temas e fontes de informação (revistas, livros, profissionais, internet)

BLOCOS	OBJETIVOS	TÓPICOS A ABORDAR NA ENTREVISTA
BLOCO D CONHECIMENTOS DA ENTREVISTADA SOBRE AM	- Saber que conhecimentos a puérpera tem sobre aleitamento materno no dia da alta.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os conhecimentos específicos que as puérperas apresentam, sobre: <ul style="list-style-type: none"> Benefícios do aleitamento materno para a senhora e para o bebé; Técnica da mamada (horário, duração da mamada) Mecanismos da lactação (reflexo ocitocina e prolactina); ▪ Identificar os conhecimentos que as puérperas têm sobre as dificuldades iniciais da amamentação e formas de superação: <ul style="list-style-type: none"> Mamilos com fissuras; Ingurgitamento mamário.
BLOCO E FACTORES SUSCEPTÍVEIS DE INTERFERIR NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO DURANTE O INTERNAMENTO	- Identificar os potenciais fatores que comprometem a aquisição de conhecimentos sobre AM durante o internamento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a importância que a entrevistada atribui aos ensinamentos que são realizados durante o puerpério;

APÊNDICE 5 - Categorias para Tratamento dos Dados Qualitativos (Entrevistas)

Categoria: Caracterização da puérpera (amostra)	
Subcategorias	<p>Dados biográficos;</p> <p>Dados sócio-demográficos;</p> <p>História obstétrica;</p> <p>História do parto atual.</p>
Categoria: Motivação da puérpera para amamentar	
Subcategorias	<p>Interesse demonstrado durante a gravidez em adquirir informação sobre aleitamento materno;</p> <p>Realização de curso de preparação para o nascimento;</p> <p>Motivação para amamentar.</p>
Categoria: Conhecimentos da puérpera sobre amamentação	
Subcategorias	<p>Vantagens/ benefícios do AM para a mãe/bebê;</p> <p>Técnica da mamada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Posicionamentos do recém-nascido; -Sinais de pega adequada; -Duração e frequência das mamadas; -Funcionamento da lactação; <p>Sinais de hipoglicemia do recém-nascido;</p> <p>Dificuldades iniciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuidados com as mamas (Fissuras nos mamilos); -“subida” do leite; -Ingurgitamento mamário.
Categoria: Fatores que possam ter influenciado a aquisição de conhecimentos sobre AM	

APÊNDICE 6 - Questionário

Hospital: Puerpério (S. Obstetrícia)

Ex^a Senhora:

Chamo-me Maria Eugénia Anastácio encontro-me a desenvolver o trabalho final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora, que tem como objetivo geral: **Caraterizar os conhecimentos que as mães internadas no serviço de obstetrícia têm sobre Aleitamento Materno**. Nesse sentido, gostaria de pedir a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O anonimato e a confidencialidade estão garantidos.

Por favor, responda logo para não se perder a oportunidade de colher os seus dados. Demora aproximadamente 15 min. Entregue depois o questionário à enfermeira de serviço.

Muito obrigada pela sua colaboração

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando com um X neste retângulo, ☐ se concorda com as frases seguintes:

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu filho(a), declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam apenas à codificação, para que seja possível seguir o meu caso sem o meu nome ser revelado.

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento do seu filho(a) ____/____/____ Hora do nascimento _____
--	---

Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

Seção 1: Conhecimentos sobre Aleitamento Materno : Para cada uma das seguintes afirmações, indique com um X a que considera mais adequada.

	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Os profissionais de saúde devem motivar as mães para a amamentação.			
2. O leite materno é a forma ideal de alimentar os bebês.			
3. A alimentação só com o leite materno satisfaz a maioria dos bebês durante aproximadamente os primeiros 6 meses.			
4. O leite artificial é mais fácil de digerir que o leite materno.			
5. Um bebê que é amamentado terá menos infecções e alergias que um bebê alimentado a biberão de leite artificial.			
6. Os bebês que tomam leite artificial estão mais sujeitos a ficar superalimentados.			
7. O padrão de crescimento das crianças alimentadas com leite materno é diferente do das crianças alimentadas com leite artificial.			
8. A amamentação frequente da criança recém-nascida pode ajudar a diminuir a icterícia (coloração amarela da pele do bebê).			
9. A amamentação é benéfica para a saúde da mãe.			
10. A mãe que bebe álcool, ocasionalmente, não deve amamentar o seu bebê.			
11. As mães que têm intenção de amamentar devem saber que os mamilos doídos fazem parte de uma fase de adaptação ao aleitamento materno.			
12. A probabilidade de engravidar na mãe que alimenta o bebê exclusivamente só com o seu leite é menor que a mãe que alimenta o bebê com leite artificial.			
13. O biberão de leite artificial é uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebê.			
14. O suplemento de leite artificial é prejudicial para o estabelecimento de uma boa produção de leite materno pela mãe.			
15. É aconselhável que os bebês recebam um biberão de leite artificial antes da primeira amamentação com leite materno.			
16. A amamentação deve ser iniciada na 1. ^a hora de vida.			
17. Se a criança alimentada com leite materno não recuperou o peso do nascimento às 2 semanas de idade, deve encorajar-se a mãe a começar com o suplemento com leite artificial.			
18. A mãe de uma criança que sente que tem pouco leite deve “completar” a mamada com um biberão de leite artificial.			

Assinale as respostas certas para cada pergunta:

Pergunta 1: Se ficar com uma mastite (infecção da mama), o que deve fazer em relação à amamentação?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Continuar a dar de mamar dos dois lados. |
| <input type="checkbox"/> | 2. Parar de dar de mamar na mama que está afetada. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Parar de dar de mamar nas duas mamas. |
| <input type="checkbox"/> | 4. Tomar antibióticos. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Não tem a certeza ou não sabe. |

Pergunta 2: No caso de pensar que tem pouco leite, qual das seguintes opções ajudam a resolver o problema?

- ☐ 1. Aumentar o número de vezes que dá de mamar.
- ☐ 2. Completar a mamada com um suplemento de leite artificial.
- ☐ 3. Procurar profissionais de saúde que possam ajudar a corrigir a posição e a pega que a criança faz na mama da mãe.
- ☐ 4. Ingerir mais líquidos.
- ☐ 5. Não tem a certeza ou não sabe.

Pergunta 3: Quais dos sintomas seguintes podem indicar que o bebé não está a fazer uma boa pega ao mamar?

- ☐ 1. O bebé mama muitas vezes e está irrequieto.
- ☐ 2. A mãe tem os mamilos doídos e fissurados.
- ☐ 3. A mãe diz que tem ingurgitamentos repetidos, ou seja, as mamas ficam com muitos “durões”.
- ☐ 4. A mãe tem uma mastite (infecção da mama).
- ☐ 5. Não tem a certeza ou não sabe.

Pergunta 4: No caso de começar a ficar com os mamilos doídos e/ou com gretas quais das seguintes opções a ajudam a resolver a situação?

- ☐ 1. Parar de dar de mamar no lado afetado.
- ☐ 2. Observar se há sinais de candidíase (alterações da tonalidade, p.ex. cor branca) no mamilo.
- ☐ 3. Aplicar/untar o mamilo com o seu próprio leite.
- ☐ 4. Procurar profissionais de saúde que possam corrigir a posição e a pega que o bebé faz na mama.
- ☐ 5. Aplicar creme de lanolina nos mamilos.
- ☐ 6. Não tem a certeza ou não sabe.

Pergunta 5: Os sintomas de candidíase nos mamilos são:

- ☐ 1. Os mamilos estão cor-de-rosa, sensíveis e amolecidos.
- ☐ 2. Os mamilos estão rachados, fissurados.
- ☐ 3. Picadas, dor tipo queimadura na mama.
- ☐ 4. Mama está encaroçada e vermelha.
- ☐ 5. Há manchas brancas no mamilo ou na mama.
- ☐ 6. Não tem a certeza ou não sabe.

Pergunta 6: Quando ocorrer a “subida” do leite (entre o 2.º e 3.º dia após o parto), o que deve fazer:

- ☐ 1. Tentar esvaziar as mamas colocando o bebé a mamar.
- ☐ 2. Fazer massagens em movimentos circulares e descendentes no sentido do mamilo de forma a extrair algum leite manualmente.
- ☐ 3. Retirar o leite com uma bomba automática como primeiro recurso.
- ☐ 4. Procurar profissionais de saúde que possam ajudar a ultrapassar esta dificuldade.
- ☐ 5. Não tem a certeza ou não sabe.

Pergunta 7: No que diz respeito à mamada, o bebé deve:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1.Mamar em horário livre. |
| <input type="checkbox"/> | 2.Mamar, sempre, com intervalos regulares de 3h. |
| <input type="checkbox"/> | 3.Mamar sempre das duas mamas em cada mamada. |
| <input type="checkbox"/> | 4.Deve mamar pelo menos durante 30 min. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Deve mamar o tempo que quiser. |
| <input type="checkbox"/> | 6. Não tem a certeza ou não sabe. |

Seção 2: Forma como o seu bebé é alimentado. Por favor assinale com um X ou escreva a resposta.

8. Durante o internamento no serviço de obstetrícia qual a alimentação que está a ser dada ao seu filho?

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Leite materno |
| <input type="checkbox"/> | 2. Leite artificial |
| <input type="checkbox"/> | 3. Leite materno e leite artificial |

No caso de ter sido dado leite artificial qual a razão? _____

9. Pense na forma como amamenta o seu filho(a). Que segurança sente ao amamentar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nenhuma segurança

Máxima segurança

10. Depois do bebé nascer, que apoio lhe deram as enfermeiras da maternidade, para dar só e exclusivamente do seu leite ao bebé?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nenhum apoio

Máximo apoio

Seção 3: Dados da gravidez, parto e do bebê. Por favor assinale com um X ou escreva a resposta.

11. A quantas consultas de gravidez foi? _____

12. Onde foi seguida esta gravidez:

- ☐ 1. Centro de saúde
☐ 2. Médico particular/obstetra
☐ 3. Hospital
☐ 4. Misto (centro de Saúde ou hospital/ médico particular)

13. Realizou preparação para o parto?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não

14. Duração da gravidez (Idade Gestacional): ____ semanas

15. A propósito da gravidez agora concluída, alguma vez recebeu informação sobre o aleitamento materno?

- ☐ 1. Sim
☐ 2. Não (*passa para a questão n. 16*)

Se Sim, quando:

- ☐ 1. Antes da gravidez
☐ 2. Durante a gravidez
☐ 3. Durante o internamento

Se Sim, através de :

- ☐ 1. Jornais/revistas
☐ 2. Rádio/televisão
☐ 3. Centro de Saúde
☐ 4. Hospital
☐ 5. Familiares
☐ 6. Outros meios
☐ Quais? _____

Quais os assuntos abordados?

- ☐ 1. Vantagens do aleitamento materno
☐ 2. Anatomia e fisiologia da lactação (produção de leite)
☐ 3. Técnica de amamentação
☐ 4. Como prevenir e/ou tratar dificuldades que podem surgir durante a amamentação
☐ 5. Fatores que aumentam o sucesso da amamentação
☐ 6. Contra-indicações do aleitamento materno
☐ 7. Legislação que protege a amamentação

Se sim, na sua opinião a informação que recebeu foi:

Nada esclarecedora	Pouco esclarecedora	Esclarecedora	Bastante esclarecedora	Muito esclarecedora
--------------------	---------------------	---------------	------------------------	---------------------

16. Tipo de Parto:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Eutócico (mais comum) |
| <input type="checkbox"/> | 2. Ventosa |
| <input type="checkbox"/> | 3. Fórceps |
| <input type="checkbox"/> | 4. Cesariana |

17. Sexo do seu filho(a):

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Masculino |
| <input type="checkbox"/> | 2. Feminino |

18. Peso do bebé ao nascer: _____ gr

Seção 4: Caracterização. Por favor assinale com um X ou escreva a resposta.
--

19. Estado civil:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. solteira. |
| <input type="checkbox"/> | 2. casada ou união de facto |
| <input type="checkbox"/> | 3. divorciada |
| <input type="checkbox"/> | 4. viúva |

20. Número de filhos:__**21. Ordem de nascimento do seu filho(a):**

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1º filho |
| <input type="checkbox"/> | 2º filho |
| <input type="checkbox"/> | 3º filho |
| <input type="checkbox"/> | 4º filho ou acima disso |

22. Nacionalidade:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Portuguesa |
| <input type="checkbox"/> | 2. Estrangeira |

23. Nível de escolaridade:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Andou na escola mas não fez o 4.º ano |
| <input type="checkbox"/> | 2. Escolaridade entre 4 anos e menos que o 9.º ano |
| <input type="checkbox"/> | 3. 12.º ano ou nove ou mais anos de escolaridade |
| <input type="checkbox"/> | 4. Bacharelato |
| <input type="checkbox"/> | 5. Licenciatura ou mestrado |
| <input type="checkbox"/> | 6. Doutoramento |

24. Tipo de casa onde vive:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto |
| <input type="checkbox"/> | 2. Casa ou andar espaçoso e confortável |
| <input type="checkbox"/> | 3. Casa ou andar modesto em bom estado de conservação |
| <input type="checkbox"/> | 4. Casa ou andar degradado |
| <input type="checkbox"/> | 5. Barraca, andar ou outro; várias famílias na mesma casa em condições deficientes |

25. Profissão:

1. Grande empresária, Gestora de topo (+500 empregados), Prof^a Universitária, Profissão liberal (curso superior), dirigente política
2. Média empresária (menos 500 empregados), agricultora, proprietária, dirigente média, quadro-técnico, Oficial Forças Armadas, Prof^a ensino básico e secundário
3. Pequena empresária (menos 50 empregados), quadro-médio, média agricultora, sargenta ou equiparada
4. Pequena agricultora, rendeira, administrativa, operária semi-qualificada, funcionária pública, das Forças Armadas ou Militarizadas
5. Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores

26. Atualmente tem emprego? 1. Sim____ 2. Não____

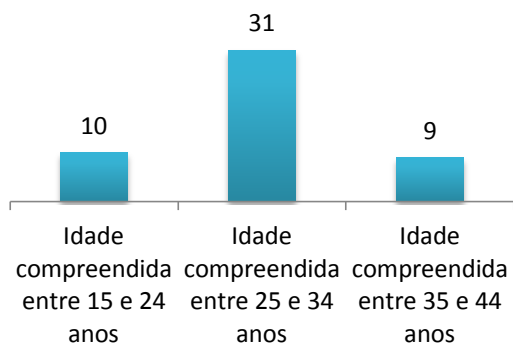
Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões. Agradecemos muito ter-nos dado o seu tempo para responder a este questionário. Muito obrigada.

APÊNDICE 7 - Tratamento dos Dados Quantitativos (questionários)

TABELA 1: Idade das Puérperas.

N	Valid	50
	Missing	0
Mean		29,12
Mode		28 ^a
Minimum		17
Maximum		39

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

GRÁFICO 1: Idade das puérperas em classes.**TABELA 2: Idade do RN (em dias).**

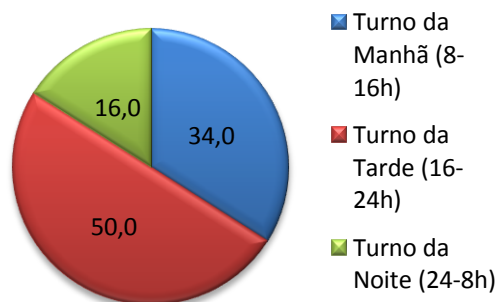
		Frequency	Valid Percent
Valid	1 Dia	1	2,0
	2 Dias	35	70,0
	3 Dias	13	26,0
	4 Dias	1	2,0
	Total	50	100,0

Comentários:

Preencheram o questionário 50 puérperas cuja idade variou entre 17 e 39 anos e cuja média se situa nos 29,12 anos. A classe mais representativa das idades é entre 25 e 34 anos.

Das senhoras que preencheram o questionário, a maioria dos filhos (n=35; 70%) tinha dois dias de vida.

GRÁFICO 2: Nascimento por turnos de enfermagem.



Numa apreciação por turnos, constatou-se que metade dos nascimentos ocorreram no turno da Tarde.

TABELA 3: Número de consultas durante a gravidez.

		Frequency	Valid Percent
Valid	3,00	1	2,1
	4,00	4	8,3
	6,00	6	12,5
	7,00	3	6,3
	8,00	8	16,7
	9,00	11	22,9
	10,00	7	14,6
	11,00	2	4,2
	12,00	3	6,3
	14,00	2	4,2
	15,00	1	2,1
	Total	48	100,0
Missing	System	2	
Total		50	

A frequência de consultas mais significativa são 9 episódios, referidos por 11 senhoras.

TABELA 4: Local de vigilância da gravidez.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Centro de saúde	8	16,0
	Médico particular/obstetra	10	20,0
	Hospital	1	2,0
	Misto (centro de Saúde ou hospital/ médico particular)	31	62,0
	Total	50	100,0

A maioria das senhoras (n=31; 62%) foi seguida na gravidez de forma mista.

TABELA 5: Semanas de gravidez.

N	Valid	49
	Missing	1
Mean		38,8367
Minimum		37,00
Maximum		42,00

A duração da gravidez das puérperas foi em média de 38,8 semanas (gravidezes de termo).

TABELA 6: Realização de curso de preparação para o parto.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	22	44,0
	Não	28	56,0
	Total	50	100,0

No grupo verificou-se que a maioria das senhoras não realizou preparação para o parto (n=28; 56%).

TABELA 7: Receção de informação sobre aleitamento materno.

		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	42	84,0
	Não	8	16,0
	Total	50	100,0

A maioria das puérperas recebeu informação sobre AM (n=42; 84%).

TABELA 8: Fase em que a puérpera obteve informação sobre aleitamento materno.

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Antes da gravidez	11	19,6%	26,2%
Durante a gravidez	31	55,4%	73,8%
Durante o internamento	14	25,0%	33,3%
Total	56	100,0%	133,3%

A informação sobre AM foi sobretudo adquirida durante a gravidez.

TABELA 9: Meios de aquisição de informação sobre aleitamento materno.

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Jornais/Revistas	9	11,8%	22,5%
Rádio/TV	1	1,3%	2,5%
Centro de Saúde	32	42,1%	80,0%
Hospital	19	25,0%	47,5%
Familiares	11	14,5%	27,5%
Outros meios	4	5,3%	10,0%
Total	76	100,0%	190,0%

O meio de aquisição de informação sobre AM mais referido foi o Centro de Saúde.

TABELA 10: Assuntos abordados sobre aleitamento materno.

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Vantagens do AM	39	29,3%	95,1%
Anatomia e fisiologia da lactação	11	8,3%	26,8%
Técnica de amamentação	29	21,8%	70,7%
Prevenir e/ou tratar dificuldades da amamentação	28	21,1%	68,3%
Fatores de aumentam o sucesso da amamentação	19	14,3%	46,3%
Contra-indicações do aleitamento materno	3	2,3%	7,3%
Legislação que protege a amamentação	4	3,0%	9,8%
Total	133	100,0%	324,4%

Os assuntos mais abordados foram as vantagens sobre AM. Seguido da técnica da mamada e formas de ultrapassar as dificuldades da amamentação. Os assuntos menos abordados foram as contraindicações do AM e a legislação sobre amamentação.

TABELA 11: Opinião das senhoras sobre as informações obtidas sobre aleitamento materno.

		Frequency	Valid Percent
	Nada esclarecedora	2	4,8
	Pouco esclarecedora	2	4,8
	Esclarecedora	18	42,9
	Bastante esclarecedora	14	33,3
	Muito esclarecedora	6	14,3
	Total	42	100,0
Missing System		8	
Total		50	

A informação sobre AM foi esclarecedora para 18 puérperas.

TABELA 12: Partos por turnos.

	Turnos de Enfermagem			Total
	Turno da Manhã (8-16h)	Turno da Tarde (16-24h)	Turno da Noite (24-8h)	
Eutócico (mais comum)	9	11	4	24
Ventosa	6	4	0	10
Fórceps	0	2	1	3
Cesariana	2	8	3	13
Total	17	25	8	50

De acordo com a distribuição ao lado, verifica-se que 24 puérperas tiveram partos eutócicos, as restantes tiveram distócicos. Quase metade dos partos ocorreu no turno da tarde.

TABELA 13: Sexo do recém-nascido.

	Frequency	Valid Percent
Masculino	31	62,0
Feminino	19	38,0
Total	50	100,0

A maior parte dos recém-nascidos é do sexo masculino (n=31; 62%).

TABELA 14: Peso do recém-nascido.

	Frequency	Valid Percent
Peso do RN entre 2,000 e 2,499 Kg	3	6,0
Peso do RN entre 2,500 e 2,999 Kg	19	38,0
Peso do RN entre 3,000 e 3,499 Kg	17	34,0
Peso do RN entre 3,500 e 3,999 Kg	6	12,0
Peso do RN entre 4,000 e 4,500 Kg	5	10,0
Total	50	100,0

A classe mais significativa do peso do RN ao nascer é entre 2,500 e 2,999 Kg.

TABELA 15: Estado civil.

	Frequency	Valid Percent
Solteira	10	20,0
Casada ou união de facto	37	74,0
Divorciada	3	6,0
Total	50	100,0

A maioria das puérperas estava casada ou vivia em união de fato.

TABELA 16: Número de filhos.

	Frequency	Valid Percent
1º filho	26	52,0
2º filho	15	30,0
3º filho	8	16,0
4º filho ou acima disso	1	2,0
Total	50	100,0

Para mais de metade das puérperas, o nascimento atual corresponde ao 1.º filho.

TABELA 17: Relação entre a idade da puérpera e a 1ª experiência de maternidade.

Valid	26
Mean	27,73
Median	28,00
Mode	28 ^a
Std. Deviation	5,430
Minimum	17
Maximum	39

Para as mulheres que têm a 1ª experiência de maternidade, a idade varia entre os 17 e os 39 anos, situando-se a média aos 27,7 anos (DP=5,4).

TABELA 18: Nacionalidade.

	Frequency	Valid Percent
Portuguesa	46	92,0
Estrangeira	4	8,0
Total	50	100,0

No grupo das puérperas, 46 são portuguesas, existindo 4 estrangeiras.

TABELA 19: Nível de escolaridade.

	Frequency	Valid Percent
Escolaridade entre 4 anos e menos que o 9.º ano	11	22,0
12.º ano ou nove ou mais anos de escolaridade	22	44,0
Bacharelato	4	8,0
Licenciatura ou mestrado	13	26,0
Total	50	100,0

A maior parte das senhoras tinha entre 9 a 12 anos de escolaridade.

TABELA 20: Condições habitacionais.

	Frequency	Valid Percent
Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto	1	2,0
Casa ou andar espaçoso e confortável	27	54,0
Casa ou andar modesto em bom estado de conservação	20	40,0
Casa ou andar degradado	1	2,0
Barraca, andar ou outro; várias famílias na mesma casa em condições deficientes	1	2,0
Total	50	100,0

Mais de metade das senhoras vive num espaço doméstico confortável e espaçoso.

TABELA 21: Profissão.

	Frequency	Valid Percent
Grande empresária, Gestora de topo, Profª Universitária, Profissão liberal (curso superior), dirigente política	3	6,3
Média empresária, agricultora, proprietária, dirigente média, quadro-técnico, Oficial Forças Armadas, Profª EB e Secun	7	14,6
Pequena empresária, quadro-médio, media agricultora, sargenta ou equiparada	6	12,5
Pequena agricultora, rendeira, administrativa, operária semi-qualificada, funcionária pública das F. A. ou Militarizadas	9	18,8
Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores	23	47,9
Total	48	100,0

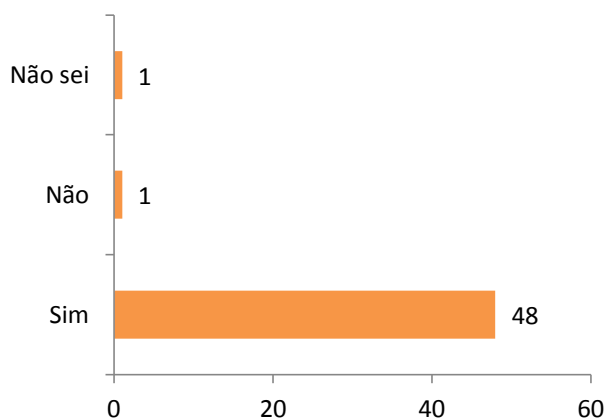
Uma parte significativa do grupo das puérperas é: Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores

TABELA 22: Situação laboral.

	Frequency	Valid Percent
Sim	26	52,0
Não	24	48,0
Total	50	100,0

A maioria das puérperas tinha emprego (n=26; 52%).

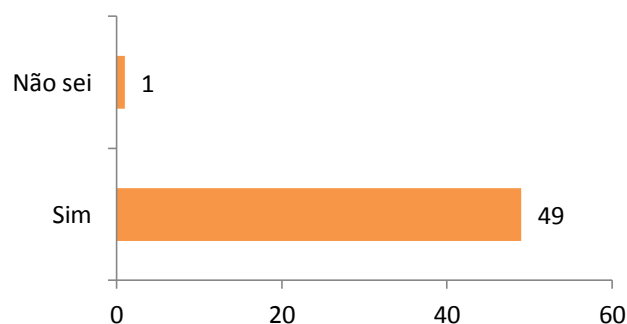
GRÁFICO 3: Os profissionais de saúde devem motivar as mães para a amamentação.



Comentários:

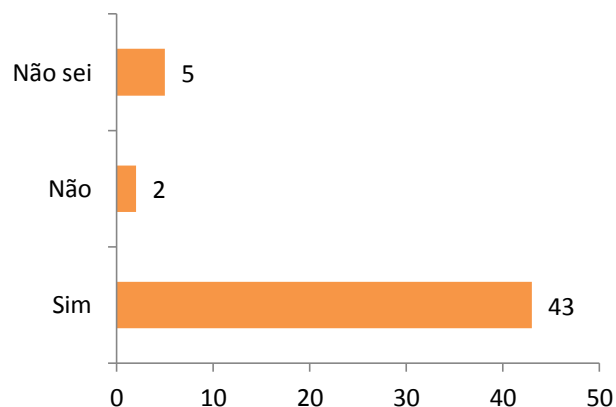
Verifica-se que a maioria das senhoras considera que os profissionais de saúde devem motivá-las para amamentar (n=48; 96%)

GRÁFICO 4: O leite materno é a forma ideal de amamentar os bebés.



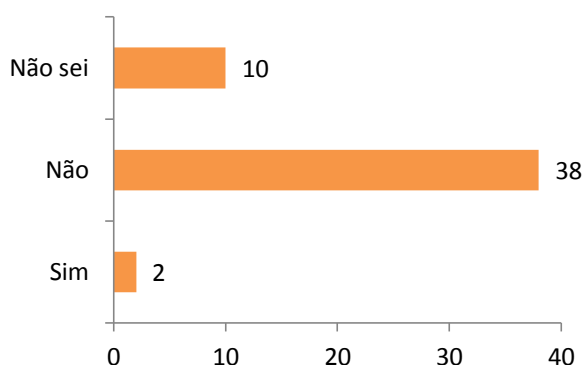
Para a quase totalidade das puérperas, o leite materno é a melhor opção na alimentação dos recém-nascidos (n=49; 98%).

GRÁFICO 5: A alimentação só com o leite materno satisfaz a maioria dos bebés durante aproximadamente os primeiros 6 meses.



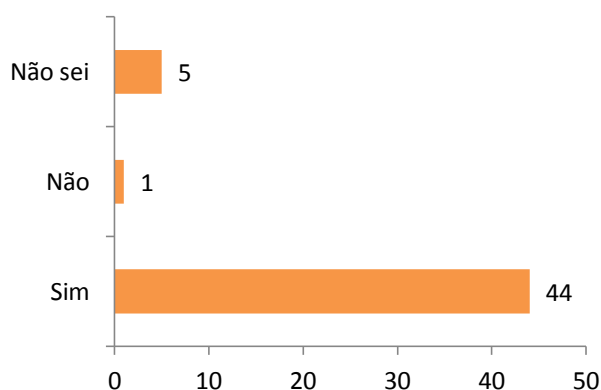
A grande maioria das puérperas partilha a opinião de que o leite materno é o melhor alimento do bebé até aos 6 meses de vida (n=43; 86%)

GRÁFICO 6: O leite artificial é mais fácil de digerir que o leite materno.



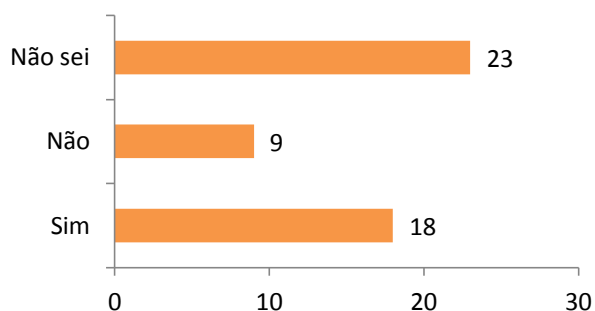
Na perspectiva de 38 puérperas o leite materno é mais fácil de digerir que o leite artificial (n=38; 76%).

GRÁFICO 7: Um bebé que é amamentado terá menos infeções e alergias que um bebé alimentado a biberão de leite artificial.



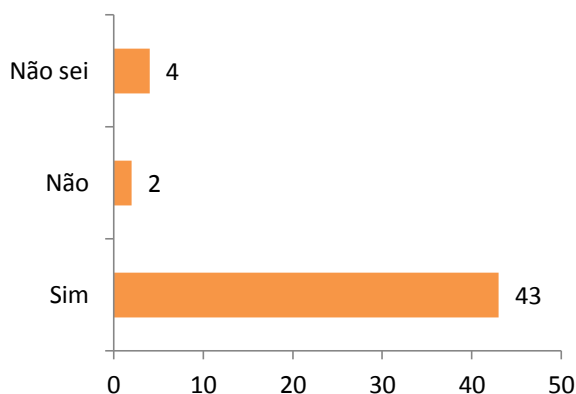
A maior parte das senhoras reconhece os benefícios imunológicos da amamentação (n=44; 88%).

GRÁFICO 8: Os bebés que tomam leite artificial estão mais sujeitos a ficar superalimentados.



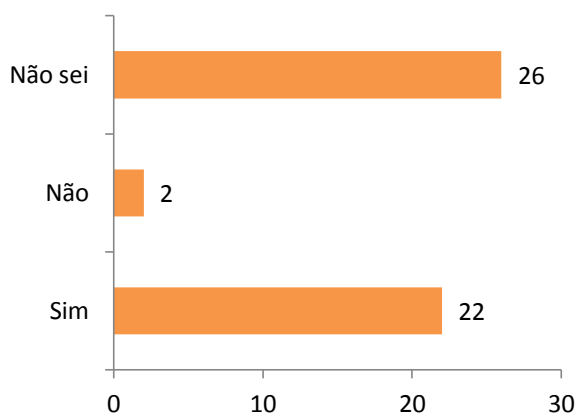
Verifica-se que quase metade das puérperas não sabem se o leite artificial contribui para uma superalimentação dos recém-nascidos (n=23; 46%).

GRÁFICO 9: O padrão de crescimento das crianças alimentadas com leite materno é diferente do das crianças alimentadas com leite artificial.



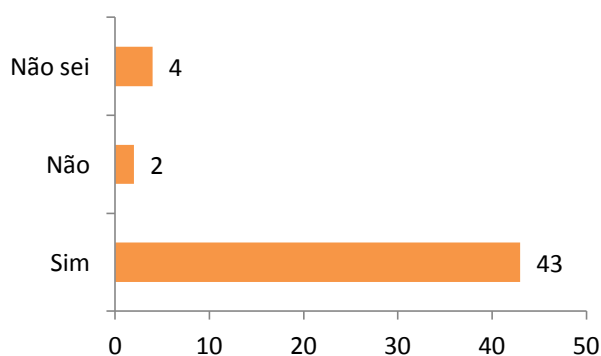
As puérperas têm noção de que o crescimento das crianças é diferente consoante o tipo de alimentação (materna ou artificial).

GRÁFICO 10: A amamentação frequente da criança recém-nascida pode ajudar a diminuir a icterícia.



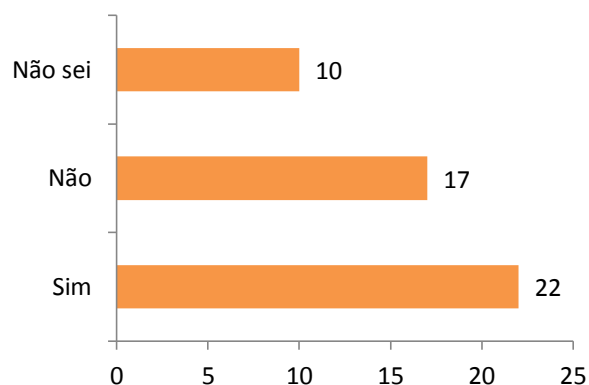
Mais de metade das puérperas não sabe que a amamentação ajuda na diminuição da icterícia (n=26; 52%).

GRÁFICO 11: A amamentação é benéfica para a saúde da mãe.



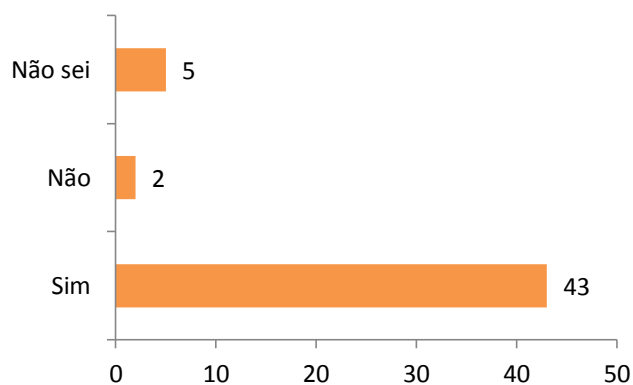
A grande maioria das puérperas reconhece vantagens do AM para a sua saúde (n=43; 87,8%).

GRÁFICO 12: A mãe que bebe álcool, ocasionalmente, não deve amamentar o seu bebê.



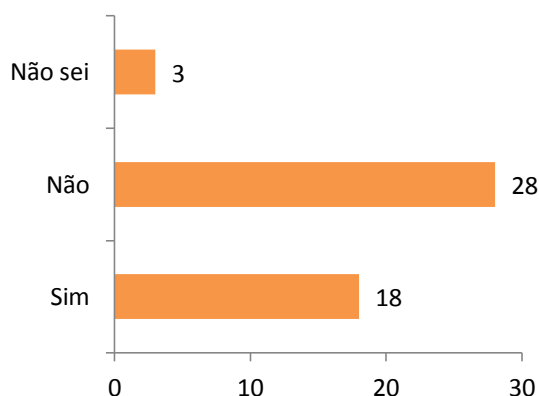
22 puérperas responderam positivamente.

GRÁFICO 13: As mães que têm intenção de amamentar devem saber que os mamilos doídos fazem parte de uma fase de adaptação ao aleitamento materno.



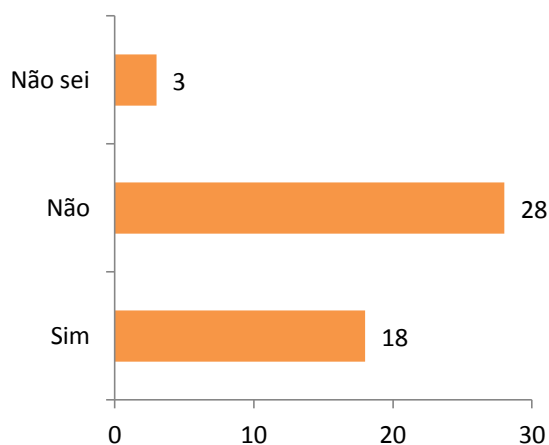
A maioria das puérperas considera que o surgimento de fissuras nos mamilos faz parte de uma adaptação à amamentação (n=43; 86%).

GRÁFICO 14: A probabilidade de engravidar na mãe que alimenta o bebê exclusivamente só com o seu leite é menor que a mãe que alimenta o bebê com leite artificial.



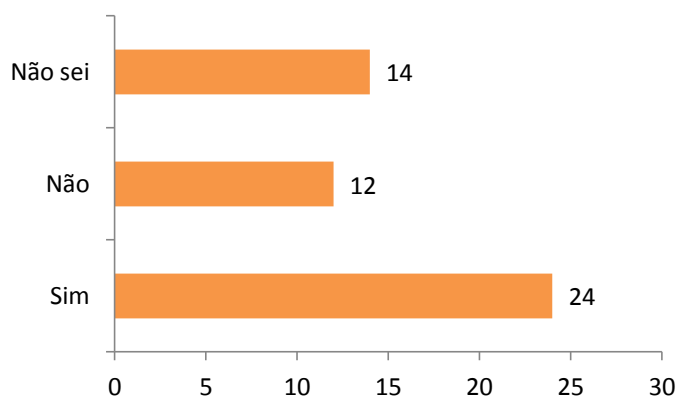
A maior parte das senhoras considera que o aleitamento materno exclusivo não reduz a probabilidade de engravidar (n=28).

GRÁFICO 15: O biberão de leite artificial é uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebê.



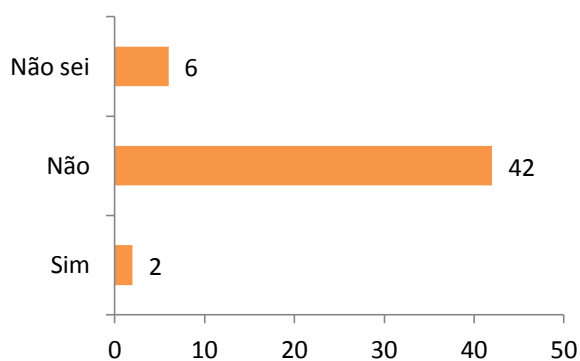
No entendimento da maioria das puérperas o biberão de leite artificial não é a maneira ideal de deixar o pai cuidar do bebê (n=28; 57,1%).

GRÁFICO 16: O suplemento de leite artificial é prejudicial para o estabelecimento de uma boa produção de leite materno pela mãe.



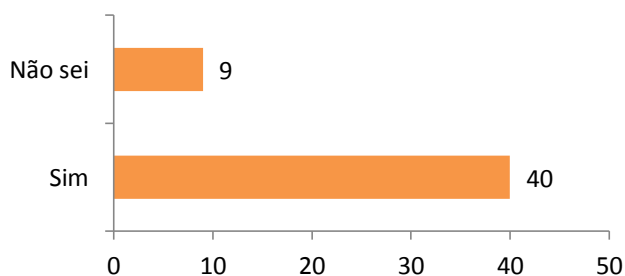
Quase metade das senhoras entende que a administração de um suplemento de leite artificial prejudica a lactação.

GRÁFICO 17: É aconselhável que os bebês recebam um biberão de leite artificial antes da primeira amamentação com leite materno.



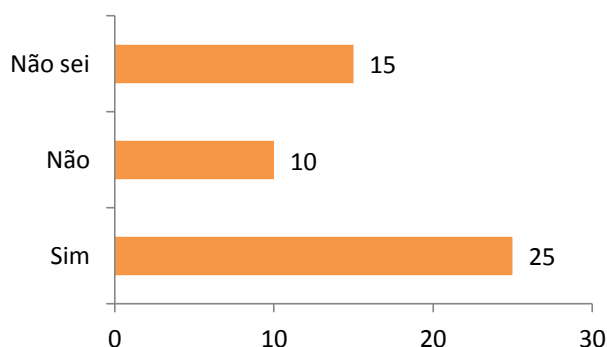
A grande maioria das senhoras acha que o bebê não deve ingerir leite artificial antes da 1ª mamada (n=42; 84%).

GRÁFICO 18: A amamentação deve ser iniciada na 1.ª hora de vida.



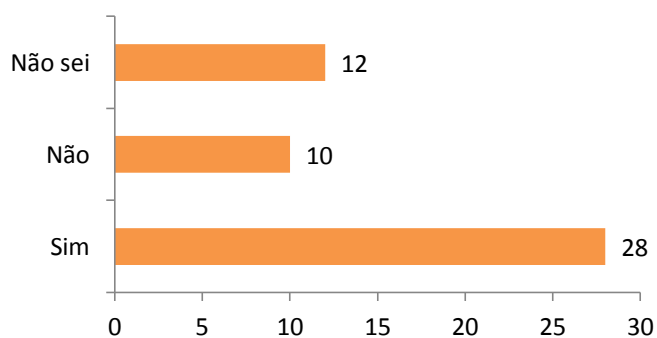
De acordo com as puérperas a amamentação deve ter início na 1ª hora de vida (n=40; 81,6%).

GRÁFICO 19: Se a criança alimentada com leite materno não recuperou o peso do nascimento às 2 semanas de idade, deve encorajar-se a mãe a começar com o suplemento com leite artificial.



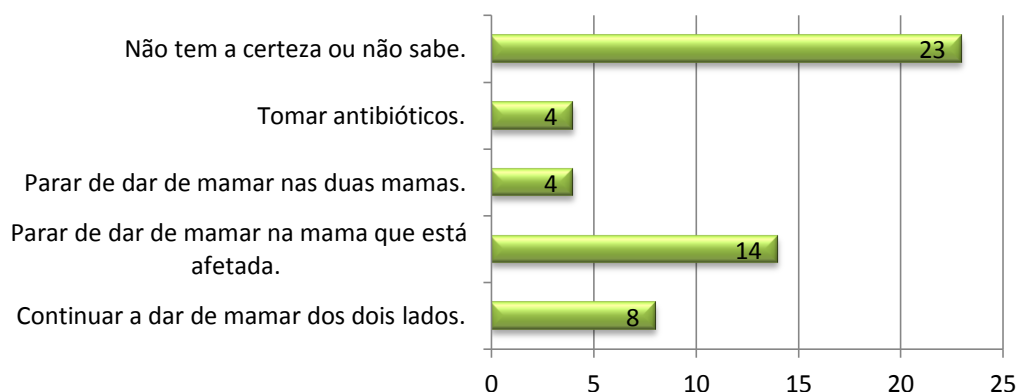
No entendimento de metade das puérperas se o bebé não recuperou o peso inicial nas primeiras duas semanas, deve começar a fazer suplemento de leite artificial (n=25; 50%).

GRÁFICO 20: A mãe de uma criança que sente que tem pouco leite deve “completar” a mamada com um biberão de leite artificial.



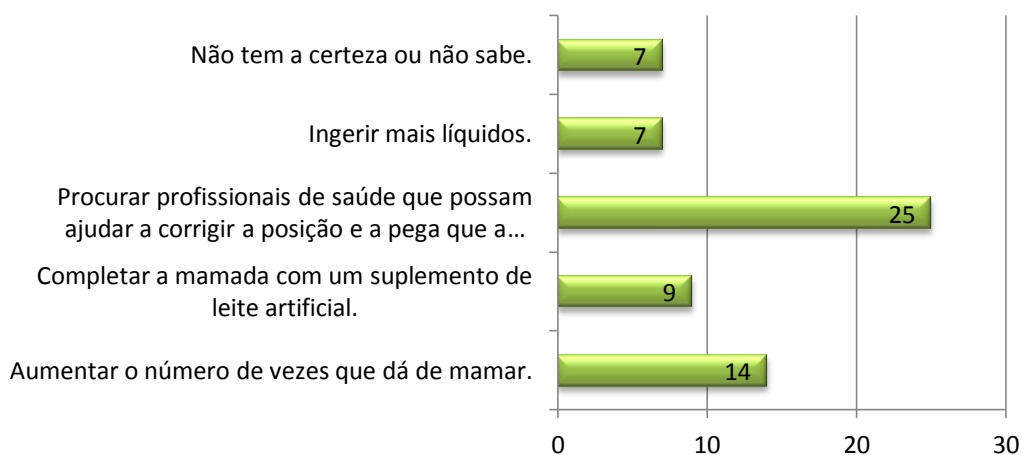
Mais de metade das senhoras considera que em caso de “pouco leite” deve-se completar a mamada com um suplemento de leite artificial (n=28; 56%).

GRÁFICO 21: Se ficar com uma mastite (infecção da mama), o que deve fazer em relação à amamentação?



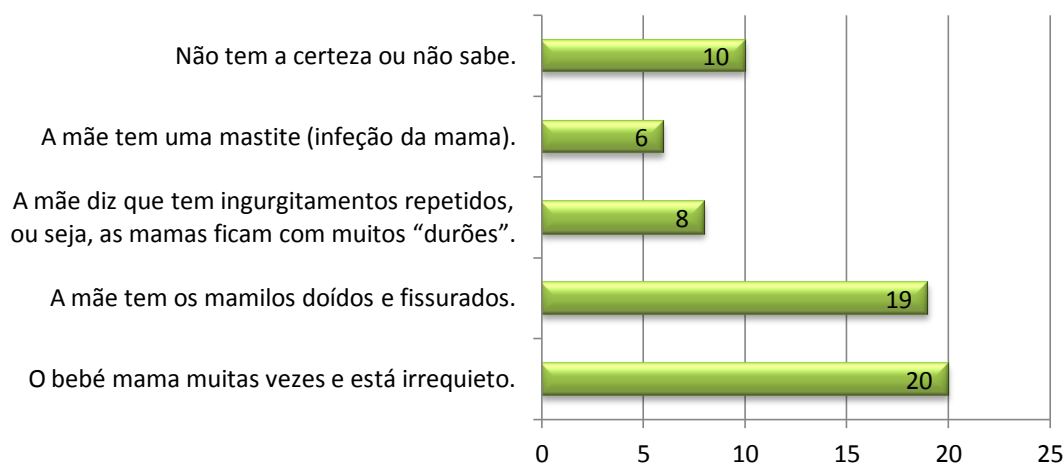
Comentário: Conclui-se que quase metade das senhoras não sabe ou têm incerteza quando à forma de tratamento de uma mastite.

GRÁFICO 22: No caso de pensar que tem pouco leite, qual das seguintes opções ajudam a resolver o problema?



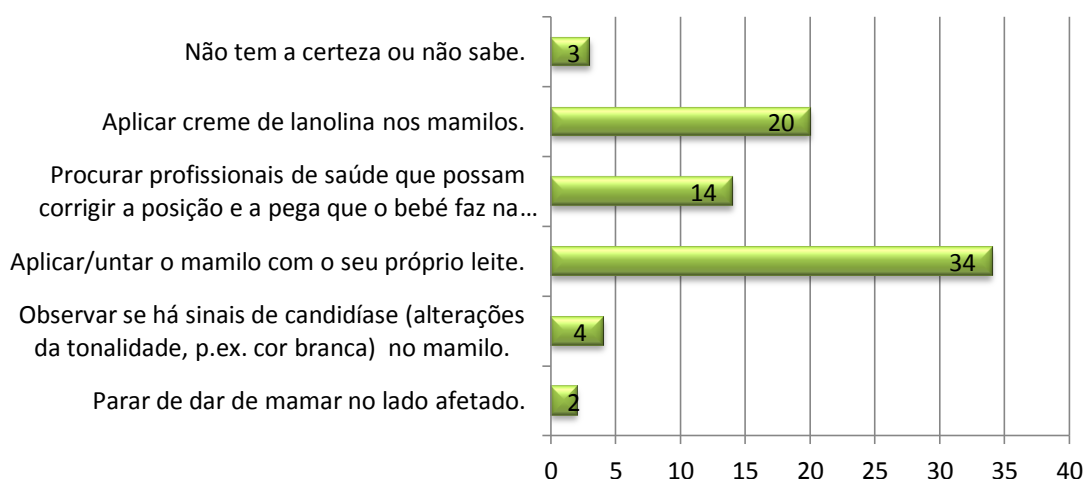
Comentário: A procura de profissionais de saúde para ajudar a corrigir a posição e a pega que a criança faz na mama é a categoria mais referida pelas mães, quando se lhes coloca a situação de suposição de pouco leite.

GRÁFICO 23: Quais dos sintomas seguintes podem indicar que o bebé não está a fazer uma boa pega ao mamar?

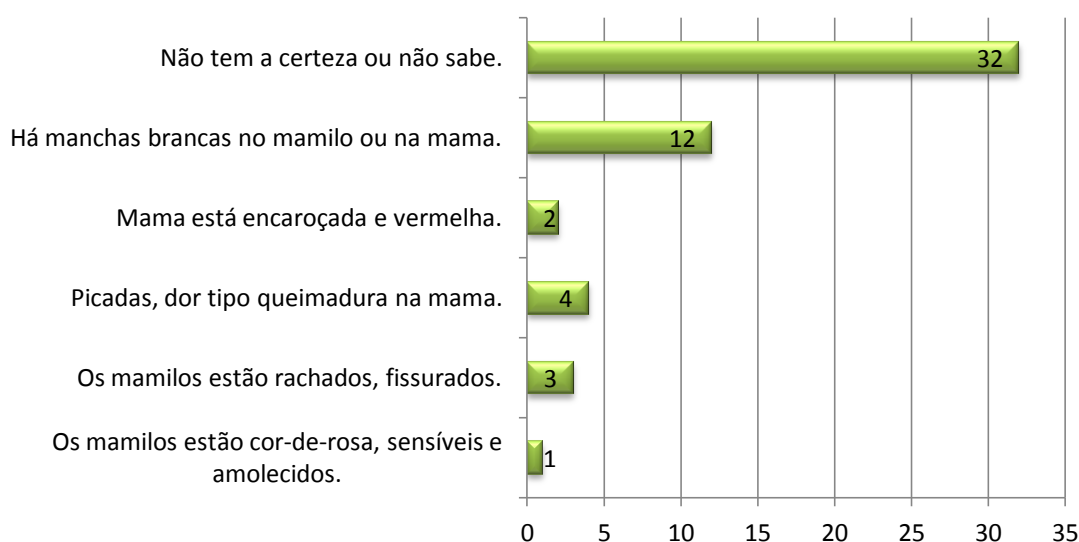


Comentário: O sinal de que o bebé mama muitas vezes e está irrequieto é a categoria mais referida pelas mães, quando se lhe coloca a situação de suposição de que a criança não está a fazer uma boa pega ao mamar.

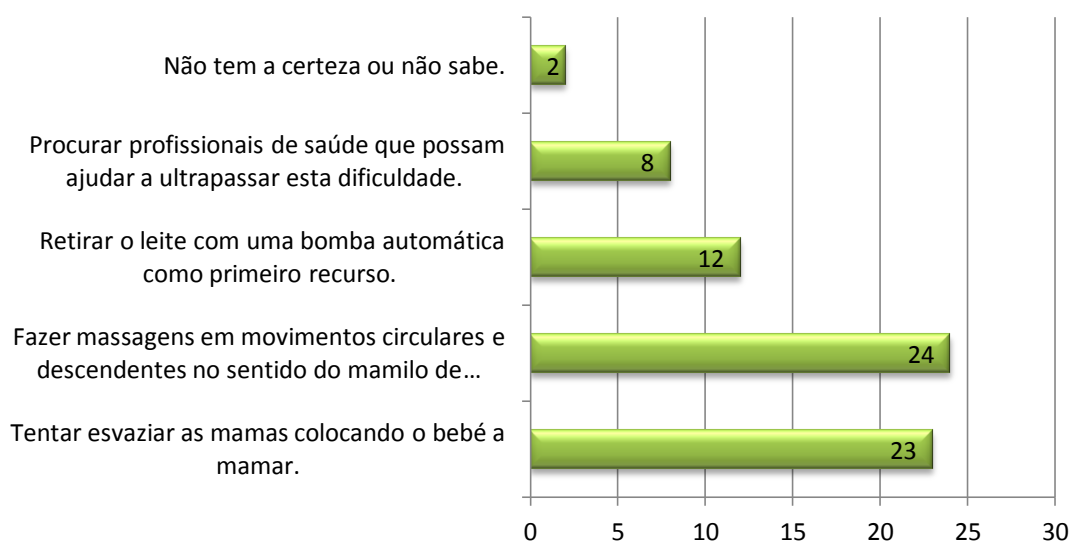
GRÁFICO 24: No caso de começar a ficar com os mamilos doídos e/ou com gretas quais das seguintes opções a ajudam a resolver a situação?



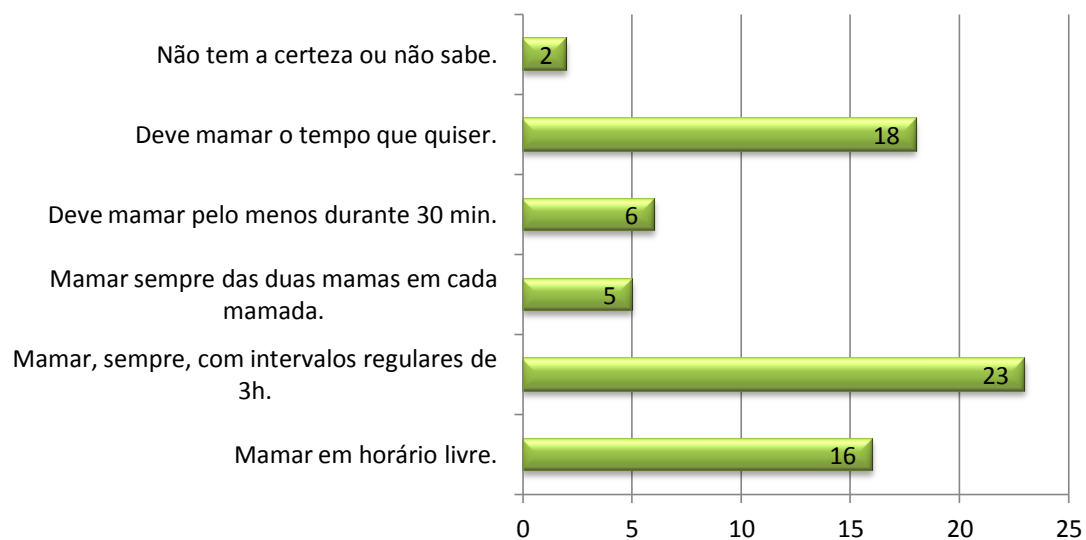
Comentário: A aplicação de leite materno é a categoria mais referida pelas mães quando se lhes coloca a situação de como resolver as queixas de mamilos doídos.

GRÁFICO 25: Quais os sintomas de candidíase nos mamilos?

Comentário: O desconhecimento ou incerteza é a categoria mais referida pelas mães quando são questionadas sobre os sintomas de candidíase.

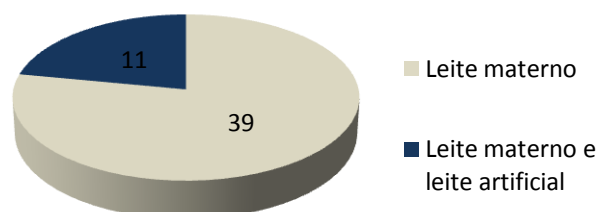
GRÁFICO 26: Quando ocorrer a “subida” do leite o que deve fazer?

Comentário: Fazer massagens em movimentos circulares e descendentes no sentido do mamilo de forma a extrair algum leite manualmente parece ser a categoria mais referida pelas mães, quando questionadas sobre o que fazer perante a subida do leite.

GRÁFICO 27: Horário e Duração da mamada

Comentários: No que respeita à mamada, as mães mencionam preferencialmente o horário rígido (3/3h) e duração sem limites.

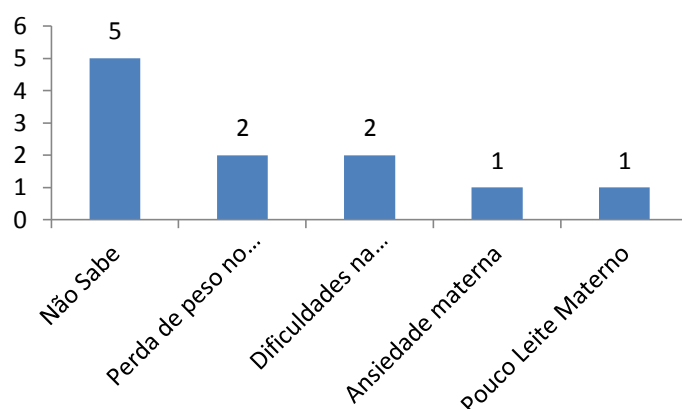
GRÁFICO 28: Alimentação do Recém-Nascido na maternidade



Comentários:

A maior parte dos recém-nascidos teve uma alimentação com leite materno (n=39; 78%).

GRÁFICO 29: Em caso de administração de leite artificial qual a razão?



Das 11 puérperas que referiram que o seu bebé teve uma alimentação mista, 5 não sabem o motivo.

TABELA 23: Segurança da puérpera ao amamentar.

	Frequency	Valid Percent
4	1	2,0
5	8	16,0
6	1	2,0
7	2	4,0
8	7	14,0
9	4	8,0
10	27	54,0
Total	50	100,0

Metade das mães exprime a máxima confiança ao amamentar.

TABELA 24: Apoio das enfermeiras com vista à manutenção de um aleitamento materno exclusivo.

	Frequency	Valid Percent
6	2	4,0
7	2	4,0
8	2	4,0
9	7	14,0
10	37	74,0
Total	50	100,0

Mais de metade das mães (n=37; 74%) referiram o máximo apoio das enfermeiras para o AME

**APÊNDICE 8 - Plano da sessão- Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação no
Serviço de Obstetrícia**

PLANO DE SESSÃO

1. Identificação da Ação

Tema: “Aleitamento materno: diagnóstico de situação no serviço de obstetrícia”

Destinatários: Enfermeiras do serviço de obstetrícia do HJJF

Tempo previsto de formação: 50 min

Local: Sala de formação profissional do HJJF

Formadora: Maria Eugénia Anastácio

2. Objetivo Geral

- Dar a conhecer às colegas quais os conhecimentos e experiências que as puérperas internadas no nosso serviço apresentam sobre aleitamento materno.

3. Objetivos Específicos

- Que no final da sessão, as colegas possam:
 - a. Partilhar as suas opiniões face à metodologia utilizada (entrevistas);
 - b. Sugerir intervenções que melhorem os resultados obtidos.

4. Avaliação

A avaliação da sessão culminará com um debate sobre os principais resultados obtidos neste estudo de caráter qualitativo.

<u>ASPECTOS A CONSIDERAR</u>				
CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MATERIAL/EQUIPAMENTO	PRELECTORA	TEMPO
<u>(INTRODUÇÃO)</u> Contextualização do tema; Questão de investigação; Explanação dos objetivos	Método Expositivo	Computador e Data show	M ^a Eugénia	2 min
<u>(DESENVOLVIMENTO)</u> Tipo de estudo; Critérios de elegibilidade; Instrumento de pesquisa; Operacionalização da recolha de dados; Limitações do estudo; Caraterização da amostra; Resultados principais.	Método Expositivo			38 min
<u>(CONCLUSÃO)</u> Síntese Geral; Discussão.	Método Expositivo aliado ao Interrogativo			10 min

**APÊNDICE 9 - *Powerpoint* da Sessão- Aleitamento Materno: Diagnóstico de
Situação no Serviço de Obstetrícia**

ALEITAMENTO MATERNO: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA



INTRODUÇÃO

► Contexto do trabalho:

Elaboração de relatório de estágio final

► Pergunta de investigação:

Quais os conhecimentos que as puérperas internadas no serviço de obstetrícia do Hospital de Beja têm sobre aleitamento materno, no dia da alta?

OBJECTIVOS


▶ **Objetivo geral:**

Averiguar, no dia da alta, quais os conhecimentos que as puérperas internadas no serviço de obstetrícia do Hospital de Beja demonstram sobre aleitamento materno (AM).

▶ **Objetivos específicos:**

Identificar as principais dúvidas sobre amamentação existentes no dia da alta;

Identificar os fatores que possam ter interferido na aquisição de conhecimentos sobre AM.




Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

METODOLOGIA UTILIZADA

- ▶ **Tipo de Estudo:** qualitativo
- ▶ **Local do estudo:** serviço de Obstetrícia do HJJF
- ▶ **Período:** Abril de 2012
- ▶ **Amostra do estudo:** 12 puérperas

CrITÉRIOS de elegibilidade:

- ▶ – puérperas que estivessem em situação de aleitamento materno e alojamento conjunto (permanência do bebé junto da mãe ao longo das 24h até à alta hospitalar);



Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

METODOLOGIA UTILIZADA

Critérios de exclusão do estudo:

- ▶ – puérperas com parto gemelar;
- ▶ – puérperas que não falem português.



METODOLOGIA UTILIZADA

- ▶ **Instrumento de pesquisa:** entrevista face-a-face
- ▶ **Tipo de entrevista:** parcialmente estruturada (guião).
- ▶ **Momento de aplicação:** manhã do dia da alta



Guião da Entrevista

BLOCOS	OBJETIVOS	TÓPICOS A ABORDAR
Bloco A Legitimação da Entrevista	Obter o consentimento da puérpera para participar no estudo;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicação dos objetivos da entrevista; ▪ Esclarecimento do carácter académico do estudo; ▪ Comunicação da possibilidade de desistir da entrevista em qualquer momento; ▪ Assinatura do consentimento informado
Bloco B Identificação da Entrevistada	Caracterizar a amostra do estudo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data de nascimento; ▪ Escolaridade; ▪ Profissão; ▪ Estado civil; ▪ Paridade; ▪ Tipo de parto.

Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação no serviço de Obstetria

Guião da Entrevista

BLOCOS	OBJETIVOS	TÓPICOS A ABORDAR
Bloco C Predisposição da entrevistada para o AM	Avaliar a predisposição da puérpera para o aleitamento materno durante a gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o interesse/motivação em obter ou não informações sobre amamentação durante a gravidez; ▪ Conhecer o tipo de informação obtida pela puérpera durante a gravidez.
Bloco D Conhecimentos sobre AM	Saber que conhecimentos a puérpera tem sobre aleitamento materno no dia da alta.	<ul style="list-style-type: none"> • Benefícios do aleitamento materno; • Técnica da mamada (horário, duração da mamada) • Mecanismos da lactação (reflexo ocitocina e prolactina); • Dificuldades iniciais da amamentação e formas de superação:

Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação no serviço de Obstetria

Guião da Entrevista

BLOCOS	OBJETIVOS	TÓPICOS A ABORDAR
Bloco E Fatores suscetíveis de interferir na aquisição de conhecimentos sobre aleitamento materno durante o internamento	Identificar os potenciais fatores que comprometem a aquisição de conhecimentos sobre AM durante o internamento.	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a importância que a entrevistada atribui aos ensinamentos realizados durante o puerpério;

Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação no serviço de Obstetria

OPERACIONALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS

- ▶ Pedido de **autorização formal** à ULSBA;
- ▶ Obtenção do **consentimento das puérperas** para a sua participação na entrevista.
- ▶ **Duração das entrevistas:** aprox. 20 minutos.
- ▶ **Local:** enfermaria de testes auditivos
- ▶ **Registo dos dados:** gravador de voz.
- ▶ **Total de entrevistas:** 12 (saturação da informação obtida)

Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação no serviço de Obstetria

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração da ULSBA

Maria Eugénia Elias Anastácio, enfermeira no serviço de Obstetrícia, a frequentar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, e dando cumprimento à elaboração do trabalho final cujo tema é "Aleitamento Materno: Diagnóstico de Situação no Serviço de Obstetrícia".

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. a autorização da aplicação do instrumento de recolha de dados (entrevista) às puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia deste Hospital com vista à caracterização dos seus conhecimentos e experiências no aleitamento materno.

Junto se anexa o convite de participação dirigido às puérperas e a grelha de orientação dos temas a abordar na entrevista.

Muito respeitosamente,
Pede deferimento

Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

Convite a Participação em Estudo de Investigação

Chamo-me Maria Eugénia Anastácio e sou enfermeira no serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA. Atualmente, encontro-me a terminar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora.

Para a elaboração do trabalho final, senti necessidade de realizar um estudo com vista a **averiguar os conhecimentos que as puérperas têm sobre aleitamento materno no momento da alta**. Caso aceite participar, gostaria de a entrevistar. As suas respostas são confidenciais e se em qualquer momento desejar desistir de participar no estudo, poderá fazê-lo sem que haja qualquer consequência.

Muito agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar.

(Assinatura da participante)

Beja, ____ de _____ de 2012
Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

- ▶ **Método:** análise de conteúdo de Bardin

- ▶ **Limitações do estudo:**
 - ✓ pouca experiência no âmbito da pesquisa qualitativa;
 - ✓ pouca disponibilidade das puérperas para colaborar nas entrevistas no dia da alta;



RESULTADOS


- ▶ **Caracterização da amostra:**
 - 12 puérperas ;
 - Idades compreendidas entre 28–35 anos, sendo a faixa etária dos 30–35 anos a que adquire maior expressão (cerca de 75%).
 - 5 puérperas são casadas, 4 vivem em união de fato e 3 são solteiras
 - 5 puérperas têm curso superior (bacharelato e/ou licenciatura), a restante amostra apresentou habilitações literárias correspondentes ao 2.º ciclo e 3.º ciclo de escolaridade



RESULTADOS

► Caracterização da amostra:

- ❑ 8 puérperas empregadas e 4 desempregadas.
- ❑ 7 primíparas e 5 múltiparas (mais de 2 filhos).
- ❑ Média de consultas durante a gravidez: 7
- ❑ Gravidezes vigiadas maioritariamente no CS.
- ❑ 6 cesarianas; 4 partos eutócicos; 2 distócicos via vaginal (ventosa e fórceps)




Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

RESULTADOS

► Caracterização da amostra:

- ❑ Todas as puérperas tiveram gravidezes de termo;
- ❑ Todos os recém-nascidos com peso superior a 2,500 Kg;
- ❑ 8 puérperas participaram em cursos de preparação para o parto.



Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

RESULTADOS

- ▶ Apenas as puérperas primíparas revelaram necessidade em adquirir e/ou aumentar os seus conhecimentos sobre amamentação durante a gravidez.
- ▶ Temas abordados na preparação para o nascimento: cuidados a ter com os mamilos; subida do leite e os benefícios da amamentação.



RESULTADOS

- ▶ As multíparas referiram não ter tido um aleitamento materno exclusivo nas gravidezes anteriores. Principais motivos: aparente diminuição da quantidade do leite e qualidade do leite.
- ▶ Todas as puérperas manifestaram motivação para continuar a amamentar no domicílio.



RESULTADOS

- ▶ Todas as entrevistadas pareciam estar familiarizadas com os principais benefícios do AM. Os mais mencionados são a promoção da recuperação no pós-parto e o facto do leite materno ser gratuito, estar sempre disponível e à temperatura adequada.
- ▶ A ligação afetiva entre a mãe e o filho é outra das vantagens enunciadas pelas puérperas.




RESULTADOS

- ▶ Demonstraram algumas dúvidas quanto ao tempo adequado de duração das mamadas e dúvidas na identificação do grau de satisfação do recém-nascido.
- ▶ O horário flexível de amamentação é o privilegiado pelas senhoras.
- ▶ Apenas uma puérpera fez alusão à duração ideal da amamentação.
- ▶ Responderam com pouca confiança e incerteza sobre o reconhecimento de sinais sugestivos de hipoglicémia;



RESULTADOS


- ▶ Apenas duas puérperas estavam cientes de outras formas de posicionamentos para amamentar e da importância de mudar a posição habitual de “embalar”.
- ▶ A dor nos mamilos surge mencionada por quase todas as puérperas enquanto algo obrigatório e necessário à amamentação e como sinal de boa pega.
- ▶ A aplicação de colostro em volta do mamilo e aréola constitui a primeira opção nos cuidados a ter com os mamilos, sendo que a aplicação de cremes gordos aparece como segundo recurso.



Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

RESULTADOS


- ▶ Apesar de reconhecerem os sinais de subida do leite, não sabem com exatidão como superar uma situação extrema de ingurgitamento mamário, recorrendo quase sempre à utilização de bomba automática.
- ▶ Apenas uma puérpera estava consciente do mecanismo de produção de leite.



Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

RESULTADOS


- **Fatores que possam ter influenciado a aquisição de conhecimentos sobre AM:**
 - ⊕ Inadequação do momento escolhido para realização de ensinios pela enfermeira.
 - ⊕ Divergências entre a formas de ensino e o conteúdo das informações transmitidas pelas enfermeiras.
 - ⊕ Pouca disponibilidade da enfermeira para ensinar e ajudar a puérpera no que respeita à amamentação.
 - ⊕ A confrontação com a realidade da amamentação favorece a capacidade de memorização da puérpera.



Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

BIBLIOGRAFIA

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.
- Lopes, M. (2006). *Manual de Estilo da Apa: Regras Básicas, American Phycological Association*. Portalegre: Artmed.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. UNICEF.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.



Aleitamento Materno: Diagnóstico
de Situação no serviço de
Obstetrícia

**APÊNDICE 10 – Comprovativo da Apresentação da Sessão- Aleitamento
Materno: Diagnóstico de Situação no Serviço de Obstetrícia**



DECLARAÇÃO

As Enfermeiras: **Maria Eugénia Anastácio**

Em exercício de funções no **Serviço de Obstetrícia** da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo –EPE, elaborou um trabalho:

- Aleitamento materno: Diagnóstico de situação no Serviço de Obstetrícia.

e foi apresentando à equipa de enfermagem do Serviço no âmbito da formação em contexto de trabalho, no dia **24 / 10 / 2012** com a duração de 1h.

Beja 06 / 12 / 2012

Centro de Formação Multiprofissional
O Coordenador do Núcleo de Educação Permanente de Enfermagem

CENTRO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL
ENTIDADE ACREDITADA PARA A FORMAÇÃO
DE 13/12/2000

Maria José Jerónimo
Enfermeira Especialista

APENDICE 11 - Contatos com a Direção Geral de Saúde

Cara Enfª Adelaide Orfão,

Chamou Eugénia e sou enfermeira no serviço de obstetrícia do Hospital de Beja. Neste momento encontro-me a fazer um relatório final de mestrado em saúde materna e obstetrícia sobre o tema do AM e ao fazer a revisão bibliográfica sobre a temática encontrei o vosso relatório correspondente ao registo de AM.

Durante a leitura o mesmo detetei que o registo não se estava a fazer a nível dos hospitais do Alentejo e apenas se estava a fazer num CS.

Situação que comuniquei à minha enfª Chefe, pelo que consideramos pertinente iniciar na nossa maternidade esse registo. Gostaria de saber então se é possível e o que é necessário fazer.

Vou telefonar amanhã para a DGS, porque segundo informação telefónica, a enfª estaria aí na terça-feira.

Cps

Boa tarde Sra. Enfª Eugénia

O Registo do Aleitamento Materno (RAM) pode receber dados (e fornecer a respetiva estatística) do tipo de alimentação praticado durante o internamento e até à alta hospitalar; (Hospitais) E aquando de um ato de Vacinação ou de Consultas Maternas de Puerpério (Centros de Saúde).

As perguntas (RAM) foram formuladas de forma a responder ao internacionalmente solicitado pela OMS para a **Taxa de Iniciação (Hospitais) e Taxas de Manutenção do Aleitamento Materno (Centros de Saúde)**.

Ou seja; no caso dos hospitais os dados deverão ser recolhidos na Unidade de puerpério, no dia da alta hospitalar.

Para atribuição de palavra-chave para a sua Unidade de Saúde, será necessário o envio dos seguintes dados:

- Nome do responsável local pelo RAM;
- Endereço eletrónico institucional (email) para receber os relatórios;
- Nº de telefone institucional (serviço) para contacto fácil;
- Nome da Unidade de Saúde,
- ARS;
- Distrito;

Se preferirem contacto mais fácil poderão ligar [21 843 07 85](tel:218430785)

Aguardo V. notícias

Melhores cumprimentos

Adelaide Orfao

Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil
 Direção-Geral da Saúde
Directorate-General of Health
 Alameda D. Afonso Henriques, 45-9º 1049-005 Lisboa, Portugal
 Tel: [\(+351\) 218430785](tel:+351218430785) | Fax: [\(+351\) 218430729](tel:+351218430729)
 E-mail: adelaideorfao@dgs.pt | Website: www.saudereprodutiva.dgs.pt

APÊNDICE 12- Circular Normativa de 26/DSR de 29/06/2010



Francisco
Henrique
Moura
George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da
Saúde, ou=Direcção-Geral da
Saúde, cn=Francisco
Henrique Moura George
Date: 2010.06.30 16:10:15
+01'00'

Direcção-Geral da Saúde

Circular Informativa

Assunto: Registo do Aleitamento Materno

Nº: 26/DSR
DATA: 29/06/2010

Para: Todos os Serviços de Saúde

Contacto na DGS: Divisão de Saúde Reprodutiva

"A protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade. As baixas Taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas para o Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde." ¹

Para monitorizar o aleitamento materno e, assegurar a sua comparabilidade entre países devem usar-se indicadores, definições e métodos uniformizados.

A Direcção-Geral da Saúde / Divisão de Saúde Reprodutiva criou uma base de dados, capaz de responder às exigências estatísticas básicas e em conformidade com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Porque reconhece que os Hospitais/Maternidades e os Centros de Saúde são interlocutores privilegiados na protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno vem por esta forma dar a conhecer que já está disponível o Registo do Aleitamento Materno (RAM) na área reservada do site da Direcção-Geral.

Este Registo está apto a receber dados, quer de um Hospital/Maternidade (monitorização da iniciação do AM), quer dos Centro de Saúde (manutenção do AM).

Todas as Unidades de Saúde poderão aceder à área reservada do site da Direcção-Geral da Saúde e iniciar a introdução de dados no RAM. A palavra-chave de acesso pode ser solicitada para o endereço de correio electrónico; ram@dgs.pt.

No final de cada mês, cada Unidade de Saúde aderente receberá um relatório mensal dos dados introduzidos, enviado automaticamente pelo sistema para o e-mail associado à respectiva palavra-chave.

Competirá à DGS publicar um relatório anual de âmbito nacional.

Francisco George
Director-Geral da Saúde

¹ cf. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.

**APÊNDICE 13 - Proposta Escrita para Iniciar o Registro de Aleitamento Materno
na Maternidade**

Exmo. Presidente do Conselho de Administração da ULSBA

Assunto: Proposta para o início do registo de aleitamento materno no nosso Hospital

Sou a Enf^a Maria Eugénia colocada no serviço de obstetrícia (nº mecanográfico - 20335) e encontro-me a frequentar o 1º curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora.

Encontrando-me já na fase final do mestrado, surge como proposta ao meu projeto, o dar início ao registo de aleitamento materno no serviço de obstetrícia.

Este registo de aleitamento materno encontra-se sugerido pela DGS, desde 29/06/2010, na circular informativa n.º 26. Tendo em conta a filosofia do nosso serviço: promoção e manutenção do aleitamento materno e sendo uma das prioridades nacionais, julgo que, seria de todo uma mais valia para a ULSBA a realização desse registo. Passo a acrescentar que a nível nacional e após análise dos documentos disponíveis esta é a única região no País em que não se efetua esse registo. A nível dos cuidados de saúde primários apenas existe um centro de saúde a efetuar o registo no Alentejo, não pertencendo este à ULSBA.

Agradecia desde já uma análise o mais breve possível à minha proposta de forma a poder conduzir o meu relatório.

Este assunto foi discutido com a enf^a chefe, M^a José Nobre e apresentado à Dr^a Aniceta na ausência do Dr. Maurílio (pediatria).

Anexo a circular informativa e o relatório de aleitamento materno de junho de 2010 a junho de 2011.

Cumprimentos

Eugénia

APÊNDICE 14- Evolução do Pedido de Registo de Aleitamento Materno (E-Doc)

Fase:
Interveniente: Emilia Duro - ULSBA
Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 9. 1

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Devolvida

Operações Efectuadas:

Fase:
Interveniente: Antonio Cavaco - ULSBA
Executante: Antonio Cavaco - ULSBA
Data de Leitura: 18-04-2013 8:45:58
Envio: 19-04-2013 8:13:02
Assinada: Não

Documentos:

Cópias Para:

Parecer/Informação: Exmº Senhor Enfermeiro Director:

É nas "pequenas" coisas do dia a dia que vamos vendo o que no dia a dia vamos fazendo...!
 Sendo uma decisão da tutela, independentemente do que a colega que propoe fazer, iniciar o registo em causa deverá constituir uma prioridade.

Atenciosamente

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 9. 2

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada

Operações Efectuadas:

Fase:
Interveniente: Helena Serrano - ULSBA
Executante: Helena Serrano - ULSBA
Data de Leitura: 19-04-2013 12:48:07
Envio: 19-04-2013 12:49:03
Assinada: Não

Documentos:

Cópias Para:

Parecer/Informação:

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 10. 1

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Pendente

Fase:
Interveniente: Fátima Pinheiro - ULSBA
Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 11. 1
Nome:

Descrição:
Percurso:
Estado: Pendente
Fase:
Interveniente: Joaquim Brissos - ULSBA
Descrição Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 12. 1

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: Cristina Alves - ULSBA
Executante: Cristina Alves - ULSBA
Data de Leitura: 22-04-2013 14:46:37
Envio: 03-05-2013 14:29:14
Assinada: Não

Documentos:

Cópias Para:

Parecer/Informação: É de todo o interesse o registo em RAM uma vez que são pedidos dados à UCF que facilmente são extraídos se registados no mesmo e tal interesse já foi manifestado pela enfermeira responsável do grupo de saúde materna dos cuidados de saúde primários tenho o contacto da responsável da DGS pelo referido aplicativo No entanto deve ser ponderado na direcção de enfermagem uma vez que implica por parte dos enfermeiros mais um registo noutra aplicativo que não aquele onde habitualmente o fazem

Cristina Palma

Descrição Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 13. 1

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Pendente
Fase:
Interveniente: Maurilio Gaspar - ULSBA
Descrição Detalhe
Distribuição: EDOC/2013/25957
Etapa nº: 14. 1

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: Maria Janeiro - ULSBA
Executante: Maria Janeiro - ULSBA
Data de Leitura: 17-04-2013 18:10:57
Envio: 29-04-2013 12:34:48
Assinada: Não

Documentos:

Cópias Para:

Parecer/Informação: Penso que se deve incentivar a iniciativa até porque esta no contexto da DGS e da OMS
mARIA JOSE JANEIRO

Descrição	Detalhe
Distribuição:	EDOC/2013/25957
Etapa nº:	15. 1
Nome:	
Descrição:	
Percurso:	
Estado:	Enviada
Operações Efectuadas:	
Fase:	
Interveniente:	Maria José Nobre - ULSBA
Executante:	Maria José Nobre - ULSBA
Data de Leitura:	18-04-2013 9:44:58
Envio:	06-05-2013 11:21:16
Assinada:	Não
Documentos:	
Cópias Para:	
Parecer/Informação:	<p>Julgo ser de todo o interesse para a nossa região termos dados acerca do resultado do nosso trabalho quer a nível dos cuidados saúde primários quer a nível de cuidados hospitalares.</p> <p>este pedido foi previamente discutido comigo e equipa.</p>
	Cps
	Maria José Nobre
Descrição	Detalhe
Distribuição:	EDOC/2013/25957
Etapa nº:	16
Nome:	
Descrição:	
Percurso:	
Estado:	
Fase:	
Interveniente:	Administração - Secretariado

APÊNDICE 15 – Folheto: Amamentar o Seu Filho

COMO RESOLVER?

Fissuras nos mamilos

- Ver se o bebé está a fazer uma boa pega;
- Aplicar leite em toda a superfície castanha da mama (mamilo e auréola). Pode usar cremes compatíveis com a amamentação.

Mamas cheias e tensas (ingurgitamento mamário)

- Oferecer sempre a mama ao bebé. Ele ajuda a extrair o leite acumulado;
- Fazer massagem durante o banho, utilizando a água do chuveiro ou aplicar parches de água tépida;
- Aliviar a tensão da mama através de esvaziamento mamário manual. Apenas usar a bomba de extração de leite em último caso (pode complicar a situação e aumentar ainda mais a produção de mais leite);
- Procure um profissional de saúde, caso não consiga resolver a situação.

Mastites

As mastites resultam do esvaziamento incompleto dos canais que transportam o leite na mama. Manifestam-se com o aparecimento de sinais inflamatórios (vermelho, dor, duro) numa parte da mama.

Nestes casos, deve procurar um profissional de saúde.

Serviço de Obstetria - HJUF

SEDE ULSBA:
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-949 Beja, Portugal
Tel.: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747
cal@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt

Elaborado por: Maria Augusta Almeida
Aluna do 1.º Curso de Mestrado em Intervenção de Saúde e Qualidade
Bacia Superior de Intervenção de Saúde e Qualidade



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE



AMAMENTAR O SEU FILHO

Informação aos Pais

PORQUÊ AMAMENTAR?

O leite materno contém anticorpos que protegem o seu **bebê** contra infecções gastrointestinais (vômitos e diarreia), respiratórias e urinárias.

Diminui o risco de alergias;

Previne a diabetes e outros câncers;

É o alimento mais completo para o seu crescimento.

A amamentação também é benéfica para a **mãe**. Ajuda na sua recuperação pós-parto, diminui o risco de câncer da mama e do ovário.

O leite materno está sempre pronto e é gratuito.

ATÉ QUANDO AMAMENTAR?

A amamentação deverá ser exclusiva até pelo menos ao **6.º mês de vida do bebê**. Pode ser complementada até ao 2.º ano de vida com a introdução de novos alimentos.

COMO DAR DE MAMAR AO BEBÊ?

A mãe e o bebê devem estar numa posição confortável (seja sentada ou deitada, esta última muito útil principalmente quando amamenta de noite).

Deve realizar uma lavagem adequada das mãos antes e depois de dar de mamar ao bebê.

O bebê deve estar bem aconchegado à mãe e ter a barriga em contato com a da mãe.



SINAIS DE PEGA CORRETA DA MAMA

O queixo do bebê toca a mama;

A boca do bebê está bem aberta;

O lábio inferior está virado para fora;

Vê-se mais auréola acima do que abaixo da boca do bebê;

A sucção do bebê é mais lenta do que com a chupeta;

As bochechas do bebê enchem-se de leite;

Por vezes ouve-se o bebê a engolir o leite.



SINAIS DE MÁ PEGA DA MAMA

O queixo do bebê não toca a mama;

A boca do bebê está pouco aberta;

Ouve-se um barulho seco como se estivesse a chuchar.

MAIS INFORMAÇÕES

Não há leite bom nem leite mau. As necessidades nutricionais variam de bebê para bebê, por isso não há um horário standard e uma duração fixa da mamada.

O **horário da mamada é livre**. Os bebês devem ser alimentados sempre que queiram. No entanto, no **1.º mês de vida não se deve deixar o bebê dormir mais do que 3 a 4 horas seguidas**.

O bebê deve mamar apenas de uma mama em cada mamada. Isto porque, a composição do leite varia ao longo da própria mamada. No início da mamada o leite é mais rico em proteínas e glicose e o leite do fim da mamada é mais rico em gorduras. Deve esvaziar a mama por completo. Se o bebê não ficar saciado, pode oferecer a outra mama.

COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

O primeiro leite que a mãe tem chama-se **colostro** (líquido amarelo e espesso) e vai ao encontro das necessidades nutricionais do bebê e ajuda à eliminação do mecónio, prevenindo o aparecimento de icterícia neonatal (coloração amarelada da pele do bebê).

O colostro dura até ao 3.º ou 4.º dia, altura em que se dá a subida do leite.

A composição deste leite vai sendo modificada de dia para dia, até que atinge as características do **leite maduro**.

O QUE FAZ AUMENTAR O LEITE?

Quanto mais o bebê sugar, mais leite vai produzir. Para além disso, o choro do bebê também ajuda na produção de mais leite. Mães ansiosas ou preocupadas podem produzir menos leite.

Bibliografia consultada:

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. UNICEF.

World Health Organization (2007). Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding.

Pereira, M. (2006). Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação. Louren: Lusociência.

APÊNDICE 16 – Registos Informáticos de Enfermagem (SAPE)

UNID. LOCAL DE SAUDE BAIXO ALENTEJO EPE BEJA OBSTETRICIA Parametrização do Serviço	Emitido em: Sex, 05 Dezembro
---	---

Amamentar

Vigiar características da mama

Dor:

presente ausente

Dor nos mamilos:

ausente reduzida (tolerável) moderada (dificilmente tolerável) elevada (insuportável)

Leite de transição:

presente ausente

Maceração nos mamilos:

ausente presente

Mamilos:

normais

Rubor nos mamilos:

ausente presente

Sem alterações

Sinais inflamatórios:

presentes ausente

Temperatura:

normal aumentada

Tensão:

normotensa tensa ingurgitada

Supervisar as mamadas

Amamenta com auxílio de mamilos de silicone

Amamenta sem ajuda

Providenciar material de leitura sobre amamentação

Assistir a mãe durante a amamentação

Assistir no tomar conta do lactente

Incentivar a amamentação

Ensinar a mãe sobre cuidados aos seios ingurgitados

Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém nascido

Ensinar sobre auto - vigilância da mama

Ensinar sobre relação entre amamentação / vinculação mãe/filho

Ensinar sobre técnica de amamentação

Ensinar sobre vantagens da amamentação

- Normas:**
- 1) Explicar as vantagens físicas e financeiras da amamentação
 - 2) É adaptado Explicar a mãe que é adaptado às necessidades do bebé
 - 3) Proporciona as primeiras defesas contra diversas doenças infecciosas e alergias
 - 4) Promove o contacto íntimo entre mãe e filho (vinculação)
 - 5) É extremamente higiénico. Não se contamina e não existem erros de preparação
 - 6) É económico e cómodo.

Instruir a mãe sobre cuidados aos seios ingurgitados

Instruir técnica de amamentação

Treinar a mãe sobre cuidados aos seios ingurgitados

Treinar a técnica de amamentação

UNID. LOCAL DE SAUDE BAIXO ALENTEJO EPE BEJA OBSTETRICIA Parametrização do Serviço	Emitido em: Sex, 05 Dezembro
---	------------------------------

Função
Assistir a mãe durante a amamentação de forma contínua
Assistir no tomar conta do recém-nascido
Informar a mãe sobre a importância da revisão do puerpério
Normas: 1) Explicar à mãe que entre a 4ª e 6ª semana após o parto, deve recorrer ao seu médico assistente, para que seja feita revisão do parto. 2) Alertar para a possibilidade de engravidar sem utilização de método anticoncepcional 3) Explicar que o reinício da actividade sexual só deve ser feito após a consulta de revisão do puerpério 4) Informar a mãe que existe a pílula da amamentação que só é eficaz se só amamentar em intervalos regulares; e se só amamentar
Informar a mãe sobre a importância da vigilância de saúde do recém-nascido
Normas: 1) avaliação do peso do recém nascido aos 15 dias, que não deve perder mais do que 10% do peso a nascer 2) importância da primeira consulta de vigilância no centro de saúde
Informar a mãe sobre a importância do "teste do pezinho"
Ensinar a mãe a detectar alterações na pele do RN
Normas: 1) Explicar o que é o eritema tóxico. 2) Explicar a icterícia fisiológica (entre o 1º dia e até a primeira semana) 3) Explicar o que é a mancha mongólica, se o bebé a apresentar 4) Explicar o que a máscara equimótica, caso exista.
Ensinar a mãe a preparar biberão
Normas: 1) Alertar a mãe para a importância da descontaminação do biberão 2) Ensinar a verificar a temperatura com o pulso 3) Cumprir as medidas de leite em pó para a quantidade de água, segundo as recomendações do fabricante. 4) Alertar para a importância de utilização de água fervida na preparação do biberão.
Ensinar a mãe sobre a técnica do banho do recém-nascido
Ensinar a mãe sobre cuidados ao coto umbilical
Normas: 1) Desinfecção com álcool a 70º até a queda do coto umbilical 2) Após queda do coto umbilical, aplicação de soluto de eosina a 2%, durante dois a três dias. 3) Alertar a mãe para os sinais de infecção peri umbilicais.
Ensinar a mãe sobre cuidados gerais aos mamilos
Normas: 1) Ensinar mãe sobre pega eficaz 2) Instruir mãe sobre pega eficaz 3) Treinar mãe sobre pega eficaz 4) Supervisionar pega eficaz 5) Ensinar mãe a iniciar a mamada pelo mamilo menos doloroso 6) Ensinar mãe a massajar o seio com colostro 7) Instruir mãe a massajar o seio com colostro 8) Treinar mãe a massajar o seio com colostro 9) Aplicar coadjuvantes da cicatrização
Ensinar a mãe sobre labilidade emocional pós parto ("blues pós parto")
Normas: 1) Referir a mãe a normalidade da labilidade emocional, pós parto 2) Explicar a importância de partilhar os cuidados ao bebé com familiares, para que se sinta apoiada 3) Alertar para sinais de agravamento e a necessidade de recorrer a profissionais de saúde, em último recurso telefonar para o serviço de obstetria.
Ensinar a mãe sobre lactação
Normas: 1) Explicar sumariamente as características do colostro/leite de transição e as características do leite durante a mamada. 2) Explicar a importância do aumento de ingestão de líquidos assim como a sua restrição durante o período da descida do leite 3) Explicar que a subida do leite ocorre entre as 48 e 72 horas

UNID. LOCAL DE SAUDE BAIXO ALENTEJO EPE BEJA OBSTETRICIA Parametrização do Serviço	Emitido em: Sex, 05 Dezembro
---	---

Função
Ensinar a mulher no pós-parto sobre a evolução dos lóquios Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Explicar as alterações dos lóquios após o parto 2) Referir à mãe que se vão manter durante cerca de um mês, variando de mulher para mulher 3) Explicar que a evolução passa desde a cor vermelho vivo, castanho, alaranjado, amarelo e na quantidade variável ao longo dos dias, indo diminuindo progressivamente 4) Referir o cheiro característico a sangue. Se surgir cheiro fétido e/ou aumento da quantidade, consultar o médico
Ensinar mãe sobre mudança da fraída Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Explicar à mãe as características da urina do recém nascido. 2) Explicar à mãe a possível presença de uratos, secreção vaginal e /ou pseudo menstruação no recém nascido. 3) Explicar e demonstrar à mãe a técnica de mudança da fraída. 4) Explicar à mãe as características das fezes (mecónio e fezes de transição)
Ensinar os pais sobre adesão à vacinação Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Na primeira visita ao centro de saúde agenda com a enfermeira de família o início do plano nacional de vacinação. 2) Explicar aos pais a importância da vacinação.
Ensinar os pais sobre resposta à vacinação Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Explicar os sinais a observar após administração da vacina
Ensinar sobre cólica Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Retirar a fraída 2) Exemplificar qual a posição ideal para a excuação da massagem abdominal. 3) Executar a massagem abdominal com movimentos circulares no abdómen com o auxílio dos joelhos do bebé 4) Ensinar à mãe a técnica da massagem abdominal, massageando o abdómen com a mão. 5) Posicionar a criança no antebraço materno em decúbito ventral, com o abdómen na mão. Exemplificando outras posições possíveis. 6) Ensinar a mãe sobre a normalidade de ocorrência da cólica nos primeiros três meses de vida 7) Alertar a mãe para a importância da restrição de ingestão de alimentos que potenciem o aparecimento da cólica.
Ensinar sobre cuidados para a prevenção de ingurgitamento mamário
Ensinar sobre medidas de segurança Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Explicar à mãe a importância de utilização da pulseira electrónica de identificação 2) Alertar para a necessidade do transporte do recém nascido da maternidade para casa, ser feito num dispositivo (ovo) homologado pela Direcção Geral de Viação
Ensinar sobre técnica de amamentação Normas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Explicar à mãe que pode amamentar em qualquer posição desde que esteja confortável 2) Deve respeitar o horário livre para amamentar, despiando sinais de hipoglicémia 3) Alertar a mãe para os sinais de hipoglicémia: sonolencia, tremores, hipotonia, recusa alimentar 4) Explicar que o bebé deve estar numa posição semi sentado, ter a cabeça apoiada no antebraço da mãe estando a mão desta apoiada na região nadequeira. 5) Explicar a importância da eructação no final da mamada. 6) Referir que quando o bebé adormece durante a mamada, estimulá-lo (mexendo-lhe nos pés, pavilhões auriculares e joelhos) 7) Explicar à mãe que após a eructação o bebé soluçar e/ou bolar

APENDICE 17 - Cronograma de Atividades Final

